



REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
Fitiafiana - Tanindrazana - Fandrosoana

MANUEL DE REFERENCE POUR LA FORMATION DES PRESTATAIRES DE SERVICES EN SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES

Madagascar 2018



SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX.....	6
LISTE DES FIGURES.....	7
LISTE DES ANNEXES.....	8
PREFACE.....	10
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	11
CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	13
MODULE A : IMPORTANCE DE LA SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES POUR LA SANTE PUBLIQUE.....	14
1. Statut de la santé des adolescents et jeunes et causes principales des problèmes de santé.....	14
1.1. Statut de la santé des adolescents et des jeunes.....	14
1.2. Causes principales des problèmes de santé.....	16
2. Concept sur l'adolescence.....	17
2.1 Définition de l'adolescence.....	17
2.2 Les périodes de l'adolescence.....	17
2.3 L'adolescence : âge de la plasticité cérébrale.....	18
2.4 Composantes du développement physique, psychologique, social.....	17-18
3. Développement anatomique et physiologique durant l'adolescence.....	19
3.1 Rappel anatomique et physiologique de l'appareil reproducteur masculin et féminin.....	19
3.1.1 Organes génitaux masculins.....	19
3.1.2 Organes génitaux féminins.....	20
MODULE B : COMMUNICATION ET EDUCATION EN SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES.....	23
1. Environnement favorable pour la santé des adolescents et jeunes.....	23
1.1 Cadre légal et instruments juridico-politique.....	23
1.2 Soutien de la communauté incluant parents-familles.....	25
1.3 Ethique.....	25
2. Développement des compétences pour la vie.....	26
2.1 Concept sur les compétences pour la vie.....	27
2.2 Développement des compétences pour la vie.....	27
3. La communication adaptée pour une consultation de qualité pour les adolescents et jeunes.....	29
3.1 L'accueil de qualité.....	29
3.2 Anamnèse selon les jalons HEAADSSS.....	29
3.3 Rôles et qualités d'un bon prestataire.....	30
3.4 Implication des parents/tuteurs dans le processus de recherche de la solution.....	31

4. Counseling pour les adolescents et jeunes.....	31
4.1 Conditions nécessaires pour réussir un bon counseling.....	32
4.2 Six savoirs/compétences basiques avant de faire le counseling	32
4.3 Six étapes à suivre pour réaliser une séance de counseling	32
MODULE C : UTILISATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES.....	34
1- Généralités sur l'utilisation des substances psychoactives.....	34
1.1 Définition des substances psychoactives	34
1.2 Différentes substances psychoactives que les adolescents et jeunes utilisent couramment	34
1.3 Facteurs influençant l'initiation des adolescents et jeunes à l'usage des substances psychoactives	36
1.4. Etapes de la dépendance aux substances psychoactives.....	35
1.5. Manifestations liées à l'utilisation de substances psychoactives.....	37
1.6. Conséquences de l'utilisation des substances psychoactives par les adolescents et jeunes.....	37
2- Prévention et prise en charge des adolescents et jeunes sur l'utilisation des substances psychoactives.....	38
2.1 Mesures préventives contre l'utilisation des substances psychoactives	38
2.2. Stratégies de prise en charge des adolescents et jeunes sur l'utilisation des substances psychoactives.....	38
2.3 Consultation d'un adolescent ayant pris une substance psychoactive	39
MODULE D : PROBLEMES COMMUNS DE SANTE MENTALE CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES..	40
1. Généralités.....	39
2. Troubles et difficultés de comportements	41
2.1 Différents types de comportement.....	41
2.2 Troubles de comportement liés au déficit d'attention et à l'hyperactivité.....	41
2.3 Troubles de comportement liés à un comportement dissocial, agressif et désobéissant (troubles de conduites).....	42
2.3 Emotions et troubles émotionnels.....	43
2.4 Entretien avec un adolescent ou un jeune souffrant des troubles émotionnels	45
3. Automutilation/Suicide.....	46
3.1 Concepts et définitions	46
3.2 Conseils cliniques	46
4. Prise en charge des problèmes mentaux chez les adolescents et jeunes.....	47
4.1 Conseil pratique pour les agents de santé devant un problème de santé mentale.....	47
4.2 Examen somatique dont dépendra le traitement adéquat.....	47
4.3 Prise en charge précoce	47
4.4 Interventions psychosociales	48
MODULE E : SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS ET JEUNES.....	49

1. Termes et concepts clés, droits et problèmes communs des adolescents et jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive.....	49
1.1 Définitions	49
2. Grossesse précoce et non désirée	51
2.1 Définition.....	51
2.2 Facteurs favorisant la grossesse précoce et non désirée	51
2.3 Risques et conséquences de la grossesse précoce	52
2.4 Importance de la prévention des grossesses précoces et non désirées.....	53
3. Avortement à risque.....	54
3.1 Définition de l'avortement	54
3.2 Conséquences de l'avortement à risque chez les adolescentes et jeunes.....	55
3.3 Diagnostic de l'avortement à risque.....	56
3.4 Prise en charge de l'avortement à risque.....	57
4. Contraception chez les adolescents et jeunes	58
4.1 Priorité de l'abstinence sexuelle.....	58
4.2 Accès à l'information et éducation sur la sexualité et la contraception	58
4.3 Définitions	59
4.4 Avantages de la contraception pour les adolescentes	59
4.5 Méthodes de contraception pour les adolescents et jeunes.....	59
4.6 Critères d'éligibilité pour l'offre de services de contraception aux adolescents : Disque de l'OMS 2015	67
4.7 Considérations particulières pour les adolescentes en quête de contraception.....	68
5. Soins offerts aux adolescentes pendant la grossesse et l'accouchement	67
5.1 Communication avec une adolescente ou une jeune fille enceinte.....	67
5.2 Soins prénatals.....	69
5.3 Soins pendant le travail et accouchement.....	70
6. Hygiène menstruelle.....	72
6.1 Situation de l'hygiène menstruelle à Madagascar	72
6.2 Définitions des ménarches.....	72
6.3 Conséquences de la négligence de l'hygiène menstruelle	72
6.4 Hygiène pendant la période des menstruations	72
6.5 Implication de chaque niveau pour l'hygiène menstruelle	72
7. Cancer du col de l'utérus.....	73
1. Définition du cancer du col de l'utérus	74
2. Prévention du cancer du col de l'utérus.....	74
2.1.Prévention primaire	74

2.2. Prévention secondaire.....	75
2.3. Prévention tertiaire	75
3.Principes thérapeutiques de prise en charge du cancer du col.....	76
3.1. Traitement préventif.....	76
3.2. Traitement curatif.....	76
3.3 Soins palliatifs	75
MODULE F: VIOLENCES	77
1. Définitions.....	77
2. Différentes formes de violence.....	78
3. Facteurs de risques, causes et conséquences des violences.....	80
3.1 Facteurs de risques et causes	80
3.2 Conséquences de la violence basée sur le genre.....	81
3.3 Causes et conséquences du mariage des enfants	81
4. Prévention et prise en charge des violences	82
4.1 Prévention.....	83
4.2 Paquet de la prise en charge	83
MODULE G : INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET VIH/SIDA	85
1. Notions de base sur les infections sexuellement transmissibles chez les adolescents et jeunes.....	85
1.1 Situation des ISTs à Madagascar.....	85
1.2 Définition et mode de transmission des Infections Sexuellement Transmissible(ISTs)	85
1.3 Facteurs contribuant aux ISTs chez les adolescents et les jeunes.....	86
1.4 Conséquences des infections sexuellement transmissibles chez les adolescents et jeunes.....	86
2. Prévention des infections sexuellement transmissibles chez les adolescents et jeunes	87
3. Prise en charge des infections sexuellement transmissibles chez les adolescents et jeunes	87
3.1 Paquet de soins complets pour la prise en charge des ISTs chez les adolescents et jeunes.....	88
3.2 Considérations pratiques pour la prise en charge des ISTs chez les adolescents et les jeunes.....	88
3.3 Approche de la prise en charge des ISTs et soins complets pour les adolescents et les jeunes ayant des ISTs....	88
3.4 Algorithmes pour la prise en charge des ISTs	89
4. Notions de base sur le VIH/SIDA chez les adolescents et jeunes	89
4.1 Situation de l'épidémie à Madagascar	89
4.2 Description du Virus de l'Immunodéficience Humaine et le SIDA	89
4.3 Populations cibles et vulnérables au VIH	90
4.4 Les groupes jeunes vulnérables	90
4.5 Modes de transmission du VIH / SIDA.....	91
4.6 Facteurs de risque de l'infection à VIH.....	91

4.6 Impacts du VIH chez les adolescents et les jeunes	92
5. Prévention du VIH/SIDA chez les adolescents et jeunes	93
5.1 Prévention.....	93
5.2 Dépistage du VIH chez les adolescent et jeunes.....	95
5.3 Counseling VIH.....	95
Situations particulières : adolescents, chez les populations plus exposées.....	97
6. Prise en charge du VIH/SIDA chez les adolescents et jeunes	97
MODULE H : NUTRITION DES ADOLESCENTS ET JEUNES.....	99
1. Nutrition et besoins nutritionnels pendant l'adolescence	99
1.1 Définition.....	99
1.2 Besoins nutritionnels pendant l'adolescence	99
2. Différents types de malnutrition et leurs conséquences chez les adolescents et jeunes	100
2.1 Définition.....	100
2.2 Types de malnutrition.....	100
2.3 Conséquences de la malnutrition	101
3. Evaluations de l'état nutritionnel.....	103
4. Prise en charge des adolescents et jeunes en difficultés nutritionnelles	104
MODULE I : CENTRE DE SANTE AMI DES JEUNES (CSAJ).....	108
1. Définition et critères de labélisation d'un Centre de Sante Ami des Jeunes	108
2. Pourquoi un CSAJ ?	111
2.1 Faits à Madagascar (ENSMOD 2012-2013)	111
2.2 Interactions cliniques entre un adolescent et l'agent de santé	111
3. GESTION D'UN CSAJ.....	112
3.1 Attractivité du centre : principes de 4P	112
3.2 Mobilisation d'une communauté de soutien.....	113
3.3 Suivi de performance en vue d'une amélioration continue de qualité.....	115

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les périodes de l'adolescence	17
Tableau 2: Changements physiques.....	19
Tableau 3: Droits de l'homme	245
Tableau 4: Eléments de l'éthique en santé des adolescents.....	26
Tableau 5: Trois catégories des compétences pour la vie.....	28
Tableau 6: Qualités d'un bon prestataire	30
Tableau 7 : Facteurs influençant l'initiation des adolescents et jeunes à l'usage des substances.....	36
Tableau 8: Comportements à risque, signes d'appels et de danger des problèmes de santé mentale des adolescents et jeunes.....	41
Tableau 9: Troubles de comportement chez les adolescent(e)s.....	42
Tableau 10: Droits en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes	50
Tableau 11: Conséquences juridiques des avortements à risque	56
Tableau 12: Résumé des catégories des critères d'éligibilité médicale	67
Tableau 13: Huit Consultations Prénatales.....	68
Tableau 14: Soins de soutien au cours du travail et accouchement.....	70
Tableau 15: Conséquence des violences chez les adolescents	80
Tableau 16: Prévention combinée du VIH	93
Tableau 17: Quelques sources alimentaires de.....	100
Tableau 18: Interprétation de l'IMC se fait selon les critères définis par l'organisation Mondiale de la Santé.....	105
Tableau 19: Caractéristiques d'un CSAJ.....	109
Tableau 20: Labélisation des centres de santé.....	110
Tableau 21: Critères de labélisation d'un CSAJ	110
Tableau 22: Déclinaison des principes de 4P pour un CSAJ.....	113
Tableau 23: Forces et limites des types de communication.....	116

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution de l'âge de la plasticité cérébrale des adolescents.....	18
Figure 2 : Coupe sagittale des organes génitaux masculins.....	19
Figure 3: Coupe sagittale de l'appareil génital féminin.....	20
Figure 4: Organes genitaux feminin.....	21
Figure 5: Utilisation du collier du cycle.....	59
Figure 6: Etapes de la prise en charge médicale des violences sexuelles.....	84
Figure 7: Cycle intergénérationnel de la malnutrition.....	102
Figure 8. Apports alimentaires quotidiens pendant la grossesse.....	106
Figure 9: Carte d'invitation SAJ, recto et verso.....	115

LISTE DES ANNEXES

Annexe A : IMPORTANCE DE LA SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES POUR LA SANTE PUBLIQUE

Changement au cours de l'adolescence	116
Un exemple de cycle de 28 jours.....	117
Effets des 02 hormones sur l'organisme.....	118

Annexe B : COMMUNICATION ET EDUCATION EN SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES

Les dix droits en Santé de la Reproduction	119
Contexte ou environnement en communication	120
Cadre de consultation	120
Les six savoirs	121
Principes de base de l'entretien motivationnel	121
Les six étapes de changement de comportement selon la méthode GATHER.....	123
Modèle de changement socio-écologique par le biais d'une communication	124
Attitude à adopter face à un adolescent ou un jeune qui vit des moments difficiles	124
Quelques éléments qui peuvent aider à manifester de l'empathie.....	126
Les compétences à la vie au quotidien	126
Développement de la connaissance de soi.....	128
Modèle de changement de comportement associant les compétences à la vie	128

Annexe C : UTILISATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES

Interventions efficaces.....	129
------------------------------	-----

Annexe E : SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS ET JEUNES

Conseils cliniques et messages relatifs à la santé sexuelle	130
Prise en charge de la patiente en état de choc ou inconsciente, avortement septique, septicémie.....	132

Annexe F : VIOLENCES

Cadre écologique est utilisé pour comprendre les causes multiples de la violence basée sur le genre et leurs interrelations	136
Complémentarité et collaboration avec les services.....	137

Annexe G : Infections sexuellement transmissibles et VIH/SIDA

Considérations pratiques pour la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes	138
Approches de la prise en charge des ISTs et soins complets pour les adolescents et les jeunes ayant des ISTs.....	139
Algorithmes et protocoles pour la prise en charge des ISTs.....	141
La règle des 5 « C » lors du counseling sur le test de dépistage du VIH.....	153

Défis liés au VIH / SIDA chez les adolescents et les jeunes	154
Divulgence du statut VIH aux adolescents et aux jeunes	154
Soutien à l'observance et à l'adhésion des adolescents et des jeunes vivant avec le VIH	154

Annexe H : NUTRITION DES ADOLESCENTS ET JEUNES

Les erreurs à éviter pour l'alimentation de l'adolescent.....	155
Avoir les bonnes habitudes alimentaires dès l'adolescence	155
Conseils aux adolescents et aux parents	156
Aliments riches en fer pour les adolescents.....	157

PREFACE

Les adolescents et les jeunes, de 10 à 24 ans, constituent l'avenir d'une Nation et forment un groupe stratégique à cibler d'après l'évaluation des stratégies nationales lors de la dernière Conférence en Planification Familiale en Septembre 2016. Madagascar est le 13ème pays mondial à forte prévalence de grossesse précoce.

Par ailleurs, le taux de mortalité maternelle avoisine encore 500 pour 100 000 naissances vivantes durant ces dernières décennies et la prévalence contraceptive chez ces groupes est encore faible, en contraste avec la précocité grandissante des rapports sexuels (cf ENSOMD 2012-2013).

En outre, de nombreuses maladies graves à l'âge adulte trouvent leur origine à l'adolescence entre autres le tabagisme, les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, et les mauvaises habitudes alimentaires ou la sédentarité qui entraînent à un stade ultérieur de la vie une morbidité et des décès prématurés.

Face à cette situation inquiétante de la santé des adolescents et jeunes à Madagascar, la promotion de leur santé figure parmi les priorités du pays et investir chez les jeunes contribue à l'atteinte du troisième Objectif de Développement Durable, celui de réduire la mortalité maternelle et infantile et leurs risques morbides encourus en matière de la santé de la reproduction.

Ce manuel de référence en santé des adolescents et jeunes est élaboré pour aider les prestataires afin que ces derniers soient aptes à offrir de service de qualité adapté aux adolescent et jeunes. J'encourage les agents de santé à pratiquer le contenu inscrit dans ce document et s'y approprier.

Pour terminer, notre gratitude va à l'endroit de toutes les personnes, les entités et les organisations qui ont contribué de loin ou de près à l'élaboration du présent document notamment, l'OMS, UNICEF, UNFPA et USAID pour leur appui technique et financier.

Le Ministre de la Santé Publique



Professeur RASITOMALALA YVES

SIGLES ET ABREVIATIONS

AC	Agents Communautaires
ACQ	Amélioration Continue de Qualité
AMIU	Aspiration Manuelle Intra Uterin
AMPE	Allaitement Maternel Protégé et Exclusif
ANS	Agent Non Santé
AP	Avortement Provoqué
ARV	Anti Rétro Viraux
AS	Agent de Santé
CAJ	Centre Ami des Jeunes
CCV	Contraception Chirurgicale Volontaire
CDI	Consommateur de Drogue Injectable
CI	Contraceptif Injectable
COC	Contraceptif Oral Combiné
COP	Contraceptif Oral Progestatif
CPAP	Country Program Action Plan
CPN	Consultation PréNatale
CPN	Consultation Pré Natale
CPoN	Consultation PostNatale
CSAJ	Centre de Santé Ami des Jeunes
CU	Contraception d'Urgence
DIU	Dispositif Intra Utérin
DMPA	Dépo Medroxy Progesterone Acetate
DMPA-IM	Dépo Medroxy Progesterone Acetate Intra Musculaire
DMPA-SC	Dépo Medroxy Progesterone Acetate Sous Cutané
DPA	Date Probable de l'Accouchement
EDSM	Enquête Démographique de Santé à Madagascar
EICDARM	Entendons Informes, Convaincus, Decidons, Agissons, Reconfirmation, Maintenantons
ENSOMD	Enquête Nationale De Suivi Des Objectifs Du Millénaire Pour Le Développement
ERPCI	Evaluation Rapide et Prise en Charge Immediate
FNUAP	Fonds des Nations Unis pour la Population
FS	Formation Sanitaire
GATPA	Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement
GHM	Gestion de l'Hygiène Menstruelle
GYTS	Global Youth Tobacco Survey
HPV	Human Papilloma Virus
HSH	Homme faisant le Sexe avec Homme
IEC	Information Education Communication
IM	Intra Musculaire
IMC	Indice de Masse Corporelle
IMG	Indice de Masse Graisseuse
INSTAT	Institut National de la Statistique
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IST	Infection Sexuellement Transmissible
Kcal	Kilocalorie
MAMA	Méthode d'Allaitement Maternelle et d'Aménorrhée

MCSP	Maternal and Child Survival Program
MII	Moustiquaire Imprégné d'Insecticide
MJF	Méthode des Jours Fixes
MJF	Méthode des Jours Fixes
MPE	Malnutrition Protéino-Energiques
MPPSPF	Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Protection de la Femme
ODD	Objectifs pour le Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCU	Pilule Contraceptive d'Urgence
PF	Planification Familiale / Planning Familial
PFPP	Planification Familiale du Post Partum
PPT	Powepoint
PSN SRAJ	Plan Stratégique National en Santé de la Reproduction des Adolescents
RAD	Resection a l'Anse Diathermique
SA	Semaines d'Aménorrhée
SAJ	Santé des Adolescents et Jeunes
SECNLS	Secrétariat exécutif Comité National de la Lutte contre le VIH et le Sida
SIDA	Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise
SIDA	Syndrome de l'Immuno Deficience Acquise
SPN	Soins Pré Nataux
SR	Santé de la Reproduction
SR/PF	Santé de la Reproduction/Planification Familiale
SRAJ	Santé Reproductive des Adolescents et Jeunes
SSR	Service en Santé de la Reproduction
SSRA(J)	Service de Santé de la Reproduction des Adolescents (et Jeunes)
TA	Tension Artérielle
TDS	Travailleur De Sexe
TPI	Traitement Intermittent du Paludisme
UI	Unité Internationale
UNFPA	United Nations Fund for Population
UNICEF	Fonds des Nations Unis pour l'Enfance
VBG	Violence Basée sur le Genre
VCE:	Version Cephallique Externe
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humain

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La contribution et le rôle potentiel des jeunes dans le processus de développement socio-économique d'un pays et dans la lutte contre la pauvreté n'est plus à démontrer. Madagascar est constitué essentiellement d'une population jeune, dont la frange de 10 ans à 24 ans constitue 32% de la population totale.

Les résultats de l'ENSOMD 2012-2013 ont montré une situation alarmante en matière de la Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes Malagasy. Le taux de fécondité chez les adolescents (15-19 ans) demeure élevé pour se situer à 163 naissances pour 1000 femmes contre 148 en 2009.

Les jeunes malgaches commencent leur vie sexuelle relativement tôt. En effet, 50% des jeunes filles ont leur premier rapport sexuel à l'âge de 18 ans et 9% des jeunes hommes avant d'atteindre 15 ans.

Une réticence au dépistage du VIH se fait ressentir à ces tranches d'âge. La maternité précoce constitue un obstacle à leurs études, au développement de leurs statuts socioéconomiques. La maternité précoce entraîne un manque d'autonomie et augmente le risque de morbidité, or il demeure encore difficile pour les adolescents et jeunes d'accéder à des informations et des services en matière de santé sexuelle et la santé de la reproduction, domaine dans lequel les problèmes demeurent préoccupants.

Ce manque d'information contribue à accentuer le phénomène des grossesses précoces et non désirées ainsi que des IST. La prévalence des IST chez les 15-24 ans représente un facteur de risque accru pour la propagation du VIH. Les nouveaux cas d'infection au VIH se concentrent au niveau des jeunes âgés de 20 à 29 ans et ce taux est 2 fois plus élevé chez les filles.

Face à ces problématiques, le manuel de référence est élaboré pour renforcer les compétences des prestataires en Santé des adolescents et jeunes Neuf modules sont traités dans ce document qui sont :

Module A : Importance de la sante des adolescents et jeunes pour la santé publique

Module B : Communication et éducation en sante des adolescents et jeunes

Module C : Utilisation des substances psychoactives

Module D : Santé mentale

Module E : Santé sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes

Module F : Violences

Module G : Infections sexuellement transmissibles et VIH/sida

Module H : Nutrition

Module I : Centre de Sante Amis des Jeunes

MODULE A : IMPORTANCE DE LA SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES POUR LA SANTE PUBLIQUE

Le présent module traite pourquoi la santé des adolescents et jeunes est importante pour la santé publique à Madagascar.

L'adolescence est une période d'opportunité, mais aussi une période de risque. La population dans cette tranche d'âge est confrontée à d'importants problèmes de santé notamment la santé sexuelle et de la reproduction. À côté de cela, d'énormes changements se produisent dans les interactions sociales et les relations de la personne.

Les thèmes à traiter dans ce module sont :

1. Statut de la santé des adolescents et jeunes et causes principales des problèmes de santé,
2. Concept sur l'adolescence, adolescent et jeune,
3. Développement anatomique et physiologique durant l'adolescence

1. Statut de la santé des adolescents et jeunes et causes principales des problèmes de santé

1.1. Statut de la santé des adolescents et des jeunes

Sur 21,6 millions d'habitants¹, la population malagasy est jeune car 64% ont moins de 25 ans : dont 47% moins de 15 ans et 32% âgés de 10 à 24 ans. La mortalité maternelle élevée liée à des suites de complications de la grossesse ou à l'accouchement n'épargne pas les adolescents et les jeunes. Sur 10 femmes qui meurent par jour à Madagascar, 3 sont des adolescentes de 15 à 19 ans. Selon l'Enquête Nationale de Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement (ENSOMD), 8 pour 1 000 adolescentes de moins de 20 ans sont victimes de fistule obstétricale² et 2 759 victimes de fistules ont été enregistrées de 2010 à 2016³.

Le taux de mariage et de grossesse précoce est élevé :

- 41,2% filles mariées avant 18 ans,
- 20% filles de 15 à 19 ans ont leur première relation sexuelle avant l'âge de 15 ans,
- plus de 40% sont mères avant l'âge de 18 ans.

¹Country Program Action Plan (CPAP 2015-2019), UNFPA

²Enquête Nationale de Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement 2012

³ Fact sheet UNFPA

Les services de contraception sont faiblement utilisés notamment chez les adolescents et les jeunes :

- 18% des adolescentes de 15 à 19 ans en union utilisent une méthode contraceptive ;
- 2% des jeunes filles et 4% des jeunes garçons de 15 à 24 ans ont utilisé un condom lors de leur premier rapport sexuel.

La situation des IST/VIH sida chez les adolescents et les jeunes demeure une préoccupation majeure :

- Seul 23% des jeunes filles âgées de 15-24 ans ont une connaissance « complète » ou « approfondie » du sida ;
- 54,7% des femmes enceintes séropositives sont âgées de 15 à 24 ans ;
- Le taux des IST est de 4,2% pour les 15 à 24 ans.

Concernant l'état nutritionnel des adolescentes⁴:

- 28,3% des filles de 15-19 ans sont maigres ayant un indice de masse corporel (IMC) <18,5Kg/m² par rapport à la norme (19 – 25 Kg/m²) ;
- 12,5% des filles de 15-19 ans ont une petite taille (<145cm) ;
- 35,1% des filles et 40% des garçons de 15-19 ans sont anémiques.

Quant aux violences sexuelles envers les adolescents et jeunes, les résultats indiquent que les jeunes femmes sont quatre fois plus exposées aux violences sexuelles que leurs aînées, 35% des auteurs sont des voisins ou des parentés. Ceci est dû en partie à la forte tolérance de la violence basée sur le genre dans la société malgache (45.2% des femmes et 46.3% des hommes trouvent normal le fait qu'un conjoint bat sa femme) et à la pratique répandue de la loi du silence autour de ce type de violence qui accentue l'impunité des auteurs : 73.5% des victimes de violence physique, 63.9% des victimes de violence sexuelle, 70% des victimes de violence psychologique et 50% des victimes des violences économiques n'ont jamais tenté de trouver une assistance⁵.

A propos de la consommation des substances psychoactives⁶

- 1/5 des adolescents consomment des produits du tabac dont 19,3% fument de cigarette et 7% consomment du tabac à chiquer ;
- 2/3 des jeunes sont des fumeurs passifs.

Selon l'enquête de surveillance comportementale auprès des jeunes, environ une fille sur sept (15%) a déclaré avoir consommé l'alcool et cette proportion est presque triplée (36%) chez les garçons. Cette tendance est observée aussi pour la consommation de drogue à un moment quelconque de la vie : 1% des filles et 11% des garçons ont déclaré en avoir déjà consommé⁷.

⁴ Enquête Démographique de Santé à Madagascar IV (EDSM IV 2008 à 2009)

⁵ Institut National de la STATistique 2013 (projection de 2,8% par an à partir du recensement de 1993) dans Country Program Action Plan (CPAP 2015-2019)

⁶ Global Youth Tobacco Survey (GYTS) 2008

⁷ Enquête de surveillance comportementale auprès des jeunes/ SECNLS 2012

1.2. Causes principales des problèmes de santé

Les problèmes de santé trouvent leurs causes dans :

- Environnement non favorable à la santé des jeunes
 - Pratiques traditionnelles néfastes
 - Influence des pairs
 - Manque d'occupations/de loisirs
- Difficulté des jeunes à avoir accès aux informations et services répondant à leurs besoins
 - Manque d'éducation sexuelle complète
 - Insuffisance d'informations sur la santé en générale,
 - Insuffisance de services adaptés aux jeunes : disponibilité, accessibilité, acceptabilité, qualité

2. Concept sur l'adolescence

2.1 Définition de l'adolescence

L'**adolescence** est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme la période de la vie pendant laquelle une personne n'est plus enfant mais n'est pas encore un adulte. Il s'agit d'une période au cours de laquelle une personne subit de profonds changements physiques et psychologiques⁸.

Les **adolescent(e)s** sont des individus appartenant à la tranche d'âge de 10-19 ans.

Les **jeunes** sont définis comme des individus appartenant au groupe d'âge de 15-24 ans.

Ces deux groupes d'âges qui se recoupent et forment la jeunesse,⁹ rassemblent les personnes de la tranche d'âge de 10 à 24 ans.

2.2 Les périodes de l'adolescence

Tableau 1 : Les périodes de l'adolescence

Développement	Préadolescence	Mi adolescence	Adolescence avancée
Biologique et physiologique	<ul style="list-style-type: none">• Puberté• Centration sur le corps	<ul style="list-style-type: none">• Fin du processus pubertaire	<ul style="list-style-type: none">• Solidification osseuse
Cognitif et psychologique	<ul style="list-style-type: none">• Pensée concrète• Fonctionnement égocentrique	<ul style="list-style-type: none">• Démarrage pensée abstraite• Choix profession	<ul style="list-style-type: none">• Pensée abstraite• Projection dans le futur• Acceptation de soi
Familial et social	<ul style="list-style-type: none">• Recherche intimité• Recherche d'autonomie par rapport aux parents	<ul style="list-style-type: none">• Importance des pairs• Conduite d'opposition• Comportement explorateur	<ul style="list-style-type: none">• Acceptation des parents• Relation de couple• Orientation sexuelle

⁸ Organisation Mondiale de la Santé: Renforcer l'action du secteur de la santé en faveur de la santé et du développement des adolescents, Genève 2009.

⁹ Organisation Mondiale de la Santé : Renforcer l'action du secteur de la santé en faveur de la santé et du développement des adolescents, Genève 2009.

2.3 L'adolescence : âge de la plasticité cérébrale

Le développement du cortex cérébral s'effectue progressivement du cortex cérébral postérieur vers le cortex préfrontal expliquant le développement tardif du cortex préfrontal.

Le cortex préfrontal n'est complètement mur que vers l'âge de 20-23 ans. Il ne peut donc pas complètement jouer son rôle de contrôle des émotions avant cet âge, d'où l'impulsivité, le manque de contrôle, l'hyperémotivité, les pulsions, la recherche de sensation de l'adolescent et les comportements à risque (exploratoires) de l'adolescent.

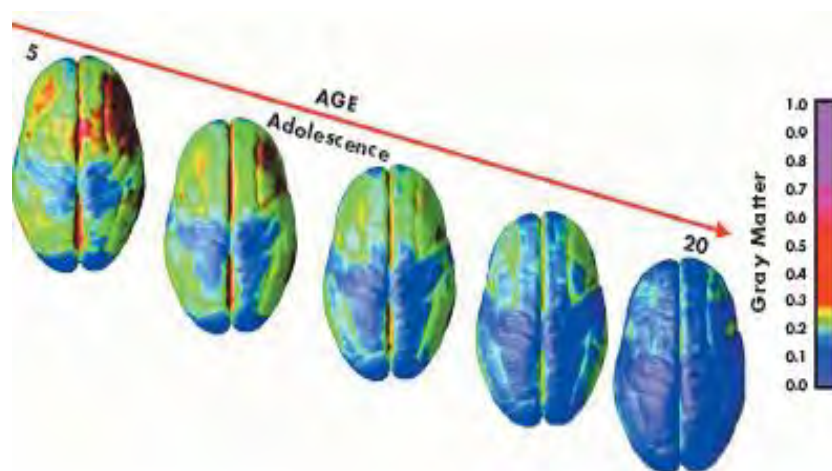


Figure 1 : Evolution de l'âge de la plasticité cérébrale des adolescents

Le cortex préfrontal :

- Dicte le comportement en fonction des informations qu'il reçoit ;
- Contrôle les impulsivités, les émotions, les pulsions ;
- Participe aux opérations complexes et abstraites (planification, projection à l'avenir).

2.4 Composantes du développement physique, psychologique, social

a. Développement physique de l'adolescent

- Pousée de croissance et changements physiologiques et biologiques de l'organisme ;
- Apparition des caractères sexuels secondaires ;
- Développement des capacités de reproduction ;
- Changements physiques :

Tableau 2: Changements physiques

Chez la fille	Chez le garçon
<ul style="list-style-type: none"> - Apparition de l'acné sur le visage ; - Développement des seins et des mamelons - Développement physique : Croissance en poids et en taille (poitrine et bassin et en taille) ; - Maturation de la voie qui devient aigue ; - Apparition des poils axillaires et pubiens ; - Hypersudation et sueur malodorantes ; - Développement des organes génitaux internes et externes ; - Apparition des premières règles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apparition de l'acné sur le visage ; - Développement des mamelons ; - Apparition de la barbe ; - Développement physique : Croissance en taille et en poids (tronc, épaules et muscles) ; - Apparition de la pomme d'Adam ; - Mue de la voix ; - Apparition des poils axillaires et pubiens ; - Hypersudation et sueur malodorantes ; - Développement des organes génitaux internes et externes ; - Apparition des premières éjaculations sous forme de « pollutions nocturnes », spontanées lors des rêves érotiques.

b. Développement psychologique et social

- Notion d'égoïsme ;
- Une certaine maladresse (verbale, en activités, en apprentissage...) ;
- Le besoin de découverte ;
- La recherche de sensations ;
- Le déni du danger, le goût de la transgression ;
- Le souhait d'appartenance ;
- Le besoin de rituels ;
- Réactivité au présent ;
- Les changements psychoaffectifs ou émotionnels, des perceptions et des attentes

sociales :

- l'anxiété face aux changements physiques et sexuels (petites dépressions)
- la difficulté de communication avec les parents, les membres de la famille et les éducateurs par rejet de toute autorité (désillusion parentale) ;
- l'éveil des sentiments et du désir sexuel : attirance sexuelle, début d'expériences sexuelles, masturbation, curiosité manifestée par des documentations érotiques ;
- la curiosité et le désir d'expérimentation sans prévoir les actions ni les conséquences (impulsivité, pulsions, hypermotivité) ;
- la vulnérabilité aux diverses influences par manque de confiance en soi : les amis, les médias, l'entourage ;

- le désir d'indépendance associé à une attitude de défi ; besoin d'accompagnement et soutien parental.
- Recherche identitaire:
 - identité sexuelle et socio-culturelle ;
 - identité personnelle ;
 - autonomie ;
 - s'exprimer, affirmer;
 - recherche d'idéaux ;
 - susceptibilité ;
 - vivre des changements.
- Relations sociales :
 - remise en question de l'autorité ;
 - méfiance envers le monde des adultes ;
 - conformité au groupe des « pairs » ;
 - insécurité et besoin de soutien ;
 - besoin de relations étroites : « amitié, amour.
- Enjeu psychologique de l'adolescence :

L'adolescent est pris dans une *double contrainte* :

- s'affranchir de la dépendance aux adultes, apprendre à gérer ses émotions, ses activités, ses projets ;
- apprendre à dépendre des systèmes pour s'y intégrer.

3. Développement anatomique et physiologique durant l'adolescence

3.1 Rappel anatomique et physiologique de l'appareil reproducteur masculin et féminin

3.1.1 Organes génitaux masculins

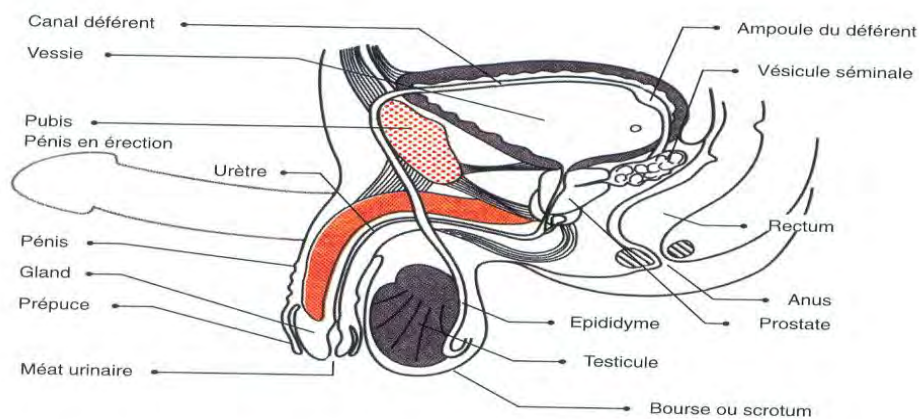


Figure 2 : Coupe sagittale des organes génitaux masculins

a-Fonction de l'appareil reproducteur masculin

- **Testicules** produisent les spermatozoïdes et secrètent les hormones sexuelles masculines en particulier la testostérone ;
- **Epididymes** où mûrissent les spermatozoïdes ;
- **Canaux déférents** acheminent les spermatozoïdes de l'épididyme vers les vésicules séminales
- **Vésicules séminales** : réservoirs où s'accumulent les spermatozoïdes dans l'intervalle des éjaculations et secrètent un suc épais qui les nourrit ;
- **Prostate** secrète le liquide prostatique qui contribue à former le sperme ;
- **Urètre pénien** : conduit commun au passage de l'urine et des spermatozoïdes ;
- **Pénis** : organe de copulation et dernière partie de l'appareil urinaire ;
- **Scrotum** : enveloppe les testicules.

b.Mécanisme de la spermatogenèse

Les hormones secrétées par l'hypophyse stimulent les testicules assurant la production de testostérone et le maintien de la spermatogenèse. Une éjaculation normale contient 20 à 100 millions de spermatozoïdes par ml, soit 100 à 500 millions de spermatozoïdes par éjaculation. La durée de vie du spermatozoïde est d'environ de 2 jours ou 48 heures.

3.1.2 Organes génitaux féminins

a. Organes génitaux féminins

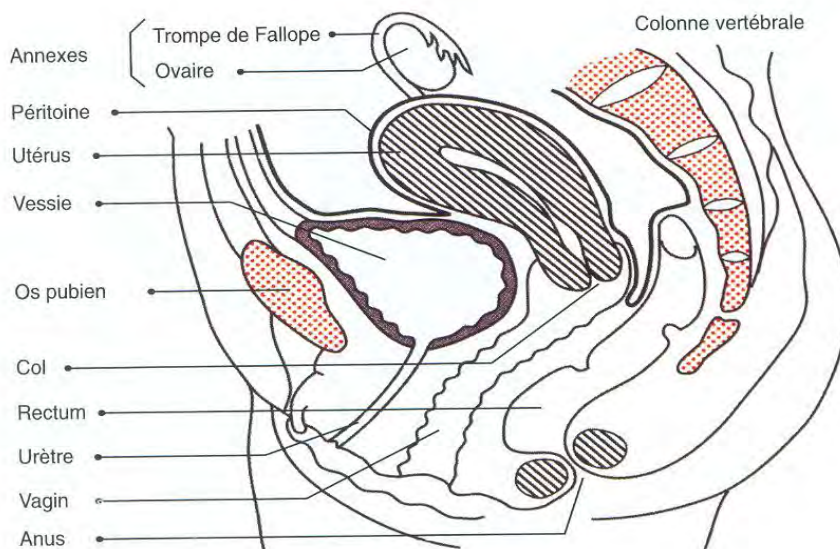


Figure 3: Coupe sagittale de l'appareil génital féminin

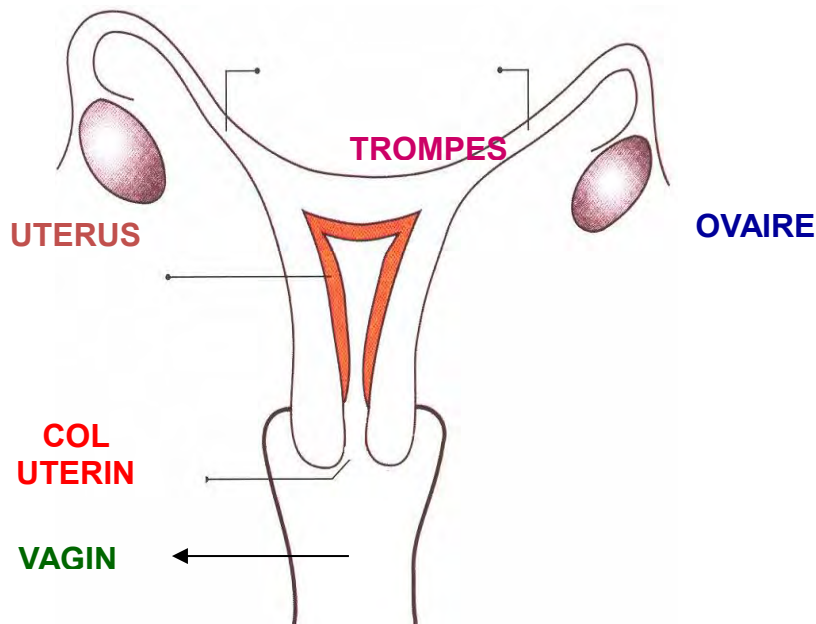


Figure 4: Organes génitaux féminin

b. Fonction de l'organe génital féminin

- **Ovaire:** production de l'ovule;
- **Trompe :** voie de conduction de l'ovule ;
- **Utérus :** lieu de nidation de l'œuf et de développement du fœtus ;
- **Vagin:** organe de copulation.

c. Cycle menstruel

Le cycle menstruel commence le 1^{er} jour des règles et se termine la veille des prochaines règles. L'ovulation se produit au 14^{ème} jour **avant les règles suivantes**, elle est marquée par la sécrétion de glaire cervicale très abondante et très filante (comme le blanc d'œuf cru).

- **1^{ère} partie du cycle :** du 1^{er} jour jusqu'à l'ovulation, où la température basale du corps est inférieure à 37°C.
- **2^{ème} partie du cycle :** de l'ovulation jusqu'aux prochaines règles, la température basale du corps augmente de 0,5°C à 1°C sous l'effet de la progestérone.

Pendant les premières années de la puberté, le cycle menstruel est souvent irrégulier, parfois les règles sont absentes sans qu'il y ait une grossesse et ceci jusqu'à une production régulière et en quantité suffisante et normale des hormones.

→ Mécanisme:

L'hypophyse sécrète la FSH et la prolactine. La FSH stimule les follicules ovariens, ces derniers vont se développer et sécréter à leur tour l'œstrogène et la progestérone. Quand le follicule est mature, l'hypophyse produit une décharge de LH qui permet l'expulsion de l'ovule en dehors de la follicule

mature : c'est l'ovulation. Le reste de la follicule se transforme en corps jaune et continue à sécréter d'œstrogène et de la progestérone. La durée de vie de l'ovule est de 3 jours ou 72 heures.

→ Effets des hormones (œstrogène, progestérone) sur le cycle menstruel :

- **Œstrogène** : agit principalement avant l'ovulation (le col s'ouvre, la glaire devient filante, l'ovule mûrit) ;
- **Progestérone** : agit principalement après l'ovulation (le col se ferme, la glaire devient épaisse, collante, l'ovulation est bloquée).

d. Les 6 conditions de survenue de la grossesse

- Spermatozoïdes normaux, mobiles, en nombre suffisant (20 à 100 millions par ml) ;
- Glaire cervicale transparente, filante, abondante, perméable au milieu du cycle ;
- Ovulation (apte à être fécondée) ;
- Trompes normales = perméables;
- Muqueuse utérine réceptive à l'œuf fécondé (épaisse et bien vascularisée) ;
- Rapports sexuels normaux pendant la période féconde.

MODULE B : COMMUNICATION ET EDUCATION EN SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES

Le présent module a pour but de renforcer les capacités des prestataires sur les techniques de communication et d'éducation dans le domaine de la santé des adolescents et jeunes. Ces techniques de communication viseront le changement de comportement chez les cibles. Une bonne communication dite efficace est à la base d'un paquet de connaissance à transmettre aux prestataires. Ces derniers vont mettre en pratique les connaissances acquises lors des prestations auprès des adolescents et jeunes clients. Ce module est réparti entre les sessions suivantes :

1. Environnement favorable à la santé des adolescents et des jeunes
2. Accueil adapté aux adolescents
3. Communication efficace avec les adolescents et jeunes
4. Communication pour le changement de comportement favorisé par l'entretien motivationnel
5. Counseling pour les adolescents et jeunes
6. Développement des compétences pour la vie

1. Environnement favorable pour la santé des adolescents et jeunes

Madagascar n'est pas en reste dans l'instauration et développement d'un environnement favorable pour la promotion de la santé des adolescents et des jeunes. Le pays adhère aux différentes conventions y afférentes et ratifie maints instruments internationaux. Beaucoup d'effort en sont entrepris depuis l'adoption de la Résolution portant sur la Santé des jeunes lors de l'Assemblée mondiale de la Santé datant du 19 mai 1989¹⁰ notamment la sortie de la Politique nationale en Santé des Adolescents et des Jeunes en 2000¹¹, la Politique de la Santé communautaire et autres.

1.1 Cadre légal et instruments juridico-politique

Madagascar s'est engagé dans le respect des droits et la protection des adolescents et jeunes en ratifiant différents instruments juridiques internationaux :

- Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1968,
- Pacte International relatif aux droits économiques, sociaux et culturels,
- Convention pour l'Élimination de toutes les formes de Discriminations à l'Égard des Femmes de 1979,
- Convention des Nations Unies pour les droits de l'enfant de 1990.
- A la suite du lancement de la Stratégie Mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents par le Secrétaire Général des Nations Unies, Madagascar a formulé des engagements écrits assurant sa mise en œuvre dans le pays.

¹⁰OMS – Genève 1989

¹¹Politique en cours d'actualisation à partir de 2018

- Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples de 198. Madagascar est donc conscient de l'intérêt et de la nécessité de protéger et promouvoir les droits de la population en général et des adolescents et jeunes en particulier.

Les textes nationaux ne sont pas en reste puisque les lois en vigueur à Madagascar garantissent à toute personne la jouissance de tous les droits fondamentaux inhérents à tout être humain :

- Droit à la protection de sa santé et à son bien-être : le Code de la Santé¹²,
- Loi sur la réforme hospitalière¹³,
- Loi sur les droits et la protection des enfants,
- Loi sur la planification familiale¹⁴,
- Dix Droits fondamentaux en la Santé de la Reproduction¹⁵, initiés par l'IPPF et découlant des Droits de l'Homme.

Tableau 3: Droits de l'homme

Les droits de l'Homme sont l'ensemble de droits qui appartiennent à tout individu en tant qu'être humain. Ce sont des Droits naturels c'est-à-dire, il suffit d'être une personne pour les obtenir. Ces droits sont consacrés par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 et par différents traités internationaux.

On peut citer comme droits de l'Homme :

1. **Droits civils et politiques** : droit à la vie, droit à la liberté d'expression, droit d'aller et venir...
2. **Droits économiques, sociaux et culturels** : droit à l'éducation, droit à la santé, droit au travail, droit au logement, droit à l'alimentation...
3. **Droits collectifs** : droit au développement, droit à la paix, droit à l'environnement sain...
4. **Droits de l'enfant** : L'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux. Un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de 18ans. Le principal texte sur les droits de l'enfant est la Convention relative aux droits de l'enfant du 19 avril 1990.

Les principaux droits de l'enfant sont : (i) Droit à la vie, à la survie et au développement ; (ii) Droit à la liberté d'opinion et d'expression sur toute question l'intéressant ; (iii) Droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion ; (iv) Droit à la santé, à l'éducation, à la famille ; (v) Droit à la protection contre le racisme et toutes formes de discrimination (vi) Droit à la protection contre l'exploitation dans le travail ; (vii) Droit à la protection contre la guerre et la privation de liberté ; (viii) Droit à la protection contre l'exploitation sexuelle et les mauvais traitements.

En conclusion, la promotion de la Santé de la reproduction à Madagascar se trouve sur la bonne voie.

¹² Loi 2011-002 portant Code de la Santé du 27 mai 2011

¹³ Loi 2011-003 portant réforme hospitalière du 27 mai 2011

¹⁴ Loi 2017-043 fixant les règles générales régissant la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale du 13 décembre 2017

¹⁵ Annexe 1

1.2 Soutien de la communauté incluant parents-familles

L'environnement sera dit favorable lorsque le pays capitalise les politiques et interventions communautaires pour influencer les normes sociales, les pratiques culturelles et les traditions locales. Des activités ciblées doivent permettre de promouvoir des comportements sains et favorables à la santé, d'améliorer la sensibilisation sur la disponibilité des services, d'éduquer les adolescents et jeunes sur les problèmes de santé, d'encourager l'utilisation des services. Pour y parvenir, le pays favorise l'engagement et la participation de la communauté. Elle contribue à lever les barrières géographiques et les défis financiers et bien d'autres auxquelles les adolescents et jeunes font face au quotidien.

Le gouvernement avec l'appui des partenaires techniques et financiers, le Système des Nations Unies, soutient et encourage les interventions des membres de la société civile et autres structures connexes à l'instar des Maisons des jeunes et Espaces jeunes dans la promotion des activités de sensibilisation, de communication dans la communauté. Au niveau des établissements scolaires, des efforts sont également menés en parallèle pour renforcer cet environnement favorable.

1.3 Ethique

L'éthique est l'ensemble de principe de bonnes conduites. Quand une jeune personne rencontre un professionnel à propos de questions de santé, cela représente une opportunité de rencontres pour aborder nombre de sujets et des préoccupations de santé, souvent non exprimées. L'agent de santé doit saisir cette occasion afin d'établir un dialogue et une relation de confiance, déterminants pour la prise en charge, le diagnostic, le dépistage et l'information.

Ainsi, la place de l'éthique dans la prise en charge d'un adolescent ou d'un jeune constitue une des conditions pour réussir l'accompagnement en santé et développement des adolescents et jeunes. Quels sont les éléments de cette éthique régissant la relation avec les adolescents et jeunes ?

Tableau 4: Eléments de l'éthique en santé des adolescents

- Respecter l'adolescent : se comporter de manière à ce que l'adolescent se sente respecté en tant que personne humaine, ne pas infantiliser ou manipuler les adolescents et les jeunes ;
- Le prendre au sérieux: s'adresser directement à l'adolescent et jeune. Garder une approche empathique et une collaboration centrée sur l'adolescent. Le laisser s'exprimer librement. Aborder sa vie relationnelle et affective ainsi que ses conduites à risques ;
- Lui communiquer le diagnostic et le pronostic : le considérer comme autonome dans ses décisions ;
- Impliquer ses parents : être conscient de l'importance de la promotion de la communication parents-ados/jeunes, compréhension mutuelle ;
- L'accompagnement dans la prise de décision et choix éclairé : aider les adolescents à apprendre comment clarifier et considérer les possibles, les conséquences de leurs choix et à prendre les décisions adaptées à leur niveau de développement, favoriser la prise de décision et la maturation sociale de l'adolescent.

2. Développement des compétences pour la vie

2.1 Concept sur les compétences pour la vie¹⁶

Selon l’OMS, ce concept fait référence à un ensemble de compétences psychosociales et interpersonnelles nécessaires afin que chaque individu puisse faire face aux défis et demandes dans la vie quotidienne.

Les avantages des compétences à la vie :

- maintenir un état mental sain
- un bien-être continu
- comportement et attitude positifs
- gestion de l’émotion
- procure une vie productive et saine
- capacité d’agir sur l’environnement qui entoure l’individu et capable d’en améliorer la qualité

Les compétences pour la vie requièrent des bases :

- prendre des décisions sur la base d’informations correctes,
- communiquer efficacement,
- comprendre le développement de la connaissance de soi.

En conclusion, il est fort de considérer cette définition opérationnelle, en référence directe avec ce que propose le Cadre d’Action de Dakar, à savoir : « toute personne - enfant, adolescent ou adulte doit pouvoir bénéficier d’une formation conçue pour répondre à ses besoins éducatifs fondamentaux, au sens le plus large et le plus riche du terme, une formation où il s’agit d’apprendre à connaître, à faire, à vivre ensemble et à être ».

2.2 Développement des compétences pour la vie

Il s’agit de développer les compétences intra personnelles et interpersonnelles nécessaires aux adolescentes pour faire face aux interactions qu’elle pourrait avoir avec son entourage et d’autres personnes dans sa vie future et à mieux gérer sa vie actuelle et future.

a. Cinq couples des compétences pour la vie quotidienne

Définies en tant qu’aptitudes pour un comportement positif et adaptable permettant à un individu de gérer efficacement les exigences et les défis de la vie quotidienne, les compétences à la vie vont nous livrer à la découverte de soi-même, comment vivre en harmonie avec les autres afin de prendre une décision rationnelle face à un défi à relever. Les compétences pour la vie sont au nombre de dix et catégorisées en trois groupes.

¹⁶ Développée par OMS en 1993 – Référence WHO/MNH/PSF/93.7A. Rev.2 English only Distr. General

Tableau 5: Trois catégories des compétences pour la vie

Se connaître/vivre en harmonie avec soi-même	Vivre avec les autres	Prendre des décisions rationnelles
<ul style="list-style-type: none"> • Clarification des valeurs • Estime de soi • Confiance en soi • Assurance de soi • Gestion des émotions • Gestion de stress • Formulation des buts dans la vie • Compréhension et gestion des influences • Résilience 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation de l'amitié • Gestion des sentiments amoureux • Communication <ul style="list-style-type: none"> – Jeune/jeune – Jeune/adulte – Jeune/partenaire • Empathie • Négociation • Gestion des pressions des pairs, des adultes et de l'environnement en général 	<ul style="list-style-type: none"> • Esprit critique face aux: <ul style="list-style-type: none"> – Influences – Stéréotypes – Pression – Mensonge – Comportement – Contexte • Esprit créatif • Prise de décision • Résolution de problème • Agir en fonction du but qu'on s'est fixé pour la vie

b. Connaissance de soi

Se connaître c'est découvrir le langage du corps, ses besoins primordiaux, reconnaître ses aptitudes particulières et admettre ses limites, repérer et accueillir ses émotions pour être capable de les réguler, distinguer ses références, ses critères d'évaluation, ses clés de fonctionnement, les valeurs propres à chacun et les certitudes qui se sont formées tout au long des expériences personnelles, ... Unir le corps, le cœur et l'esprit.

c. Développement de l'esprit critique chez les adolescents et jeunes

L'esprit critique consiste à:

- analyser et à évaluer la consistance des raisonnements, en particulier les énoncés que la société accepte comme vrais dans le contexte de la vie quotidienne ;
- une évaluation peut avoir lieu au moyen de l'observation, de l'expérience, du raisonnement ou de la méthode scientifique ;
- exiger la clarté, la précision, l'équité et les évidences, étant donné que son but est d'éviter les impressions particulières ;
- éduquer les jeunes à ne pas accepter à tout ce qu'ils entendent, à tout ce qu'on leur dit ou on leur montre ;
- se demander quelle est la validité d'une information en usant de sa faculté de réflexion
- aller au-delà des préjugés.

En conclusion, l'esprit critique se forme en nourrissant l'esprit de rencontres et d'expériences, mais aussi grâce à la culture. Nourrir son esprit avec des lectures, de la musique, de la peinture, et ce qui est beau est souvent indispensable. Cela ouvre l'esprit et nourrit l'empathie.

d. Importance de l'Empathie

- C'est le sentiment de respect et de considération envers l'autre et envers la situation qu'il traverse, qui fait que la personne se mette à la place de l'autre et la comprend ;
- C'est reconnaître que l'autre a ses propres sentiments et ses raisons de penser et d'agir d'une certaine manière ;
- C'est être sensibilisé pour comprendre comment la personne se sent en exprimant son point de vue.

Il existe un moyen pouvant aider le prestataire à manifester de l'empathie¹⁷.

e. S'armer de la résilience

La résilience est un changement de comportement pour surmonter les chocs, les traumatismes psychologiques. La résilience est un moyen très efficace qui guide les adolescents et jeunes à avoir un esprit positif face aux problèmes rencontrés. Elle les incite à relever le défi pour en sortir vainqueur.

Le parcours d'une personne résiliente passe par :

- une révolte et un refus de se sentir condamné au malheur.
- viennent ensuite le rêve et le défi, c'est à dire le souhait de sortir d'un traumatisme plus fort, en atteignant un objectif ;
- l'on note aussi l'attitude de déni : se créer une image de personne forte afin de se protéger de la pitié de l'entourage, même si l'adolescent ou le jeune vit une fragilité intérieure ;
- développer une forme autodérision face à son traumatisme.
- ne pas se complaire dans la tristesse et ce cesser d'être exposé aux yeux des autres comme une victime de la vie.

En conclusion, il est important pour chacun de connaître son capital, ses limites d'énergie, ses émotions, etc. Si nous avons la connaissance des situations auxquelles nous pouvons nous adapter facilement, cela nous évitera de risquer notre vie et notre avenir pour rien c'est-à-dire les faux pas qui risquent de gâcher toute notre vie.

3. La communication adaptée pour une consultation de qualité pour les adolescents et jeunes

La communication est un processus le processus par lequel un individu entre en relation avec un autre individu afin d'échanger, de transmettre ou véhiculer un message ou encore d'entretenir une relation. La communication permet à un individu ou un groupe d'individus d'acquérir le savoir : le savoir-être et le savoir-faire dans un domaine donné en vue d'un changement de comportement. Dans ce manuel, le type de communication dont le prestataire en santé a le plus besoin se rapporte à la maîtrise de la communication interpersonnelle comprenant la communication entre patient adolescent/jeune-prestataire, la communication avec la famille et proche, celle entre pairs et autres intervenants en santé.

¹⁷ Cf Annexe

3.1 L'accueil de qualité

L'accueil est un déterminant conditionnant la réussite ou non de l'entretien avec le client adolescent ou jeune. Etant le premier contact avec l'individu qui va recourir aux expertises du prestataire, l'accueil devrait mettre en valeur le client afin qu'il se sente à l'aise, bien reçu et imprégné dans un cadre convivial et bienveillant.

Les consultations en matière de santé des adolescents et jeunes devraient accorder une attention particulière aux principaux domaines suivants :

L'accueil d'un jeune client (adolescent) est assez particulier, et nécessite beaucoup de tact.

1. Soyez conscients que vous êtes devant une personne potentiellement préoccupée par les transformations de son corps et qui a besoin d'écoute. Elle peut avoir du mal à exprimer ses préoccupations.
2. Pour établir une relation de confiance avec un(e) adolescent venu à la FS, rassurer le/la que vous tenez en secrets votre conversation qui pourrait être effectivement sensible. Même pas ses parents ne sauront rien, sauf une autorisation expresse de sa part.

3.2 Anamnèse selon les jalons HEAADSSS

En plus de fournir un moyen efficace de recueillir l'information, une information qui permettra au prestataire de soins de santé d'être conscient du contexte de la vie des adolescents et des jeunes, l'anamnèse peut constituer en soi un outil thérapeutique afin d'orienter au final la prise en charge. Au cours de l'anamnèse, il faut explorer les différents points suivants :

1. **Habitation** : avec qui habites-tu ? As-tu un adulte-ressource dans ton entourage ? En général, sur qui comptes-tu en cas de coup dur ?
2. **Education** : Activité scolaire /professionnelle, projets d'avenir, entente avec les professeurs/patron/collègues.
3. **Activités** : activités créatrices, appartenance au groupe de pairs (signes d'appel, isolement), changements fréquents d'amis.
4. **Alimentation** : nombre de repas pris ? Petit déjeuner ? Type d'aliments pris ? Troubles alimentaires?
5. **Drogues** : usage/abus de drogues légales et illégales, usage/abus par l'entourage (amis, famille, patient lui-même), type d'usage (fréquence et quantité, situations, depuis quel âge ?).
6. **Sexualité** : connaissances sur la sexualité, attitudes sexuelles, orientation sexuelle, comportement, satisfaction sexuelle, contraception, abus sexuels ?
7. **Santé mentale/Suicide** : Humeur, troubles du sommeil, deuils récents, traumatisme, suicide dans l'entourage, projets suicidaires, tentative de suicide, à explorer : fugues, accidents, violence perpétrée ou subie.
8. **Sécurité** : prise de risque au volant, culture du danger, rencontre avec la police, violence et bagarre.

3.3 Rôles et qualités d'un bon prestataire

Le comportement des prestataires de service de santé est l'un des facteurs clés qui contribue à la création d'un environnement propice aux adolescents et jeunes. Afin de mieux répondre aux besoins des adolescents et jeunes, un bon prestataire devrait répondre au profil suivant :

Tableau 6: Qualités d'un bon prestataire

Un prestataire de service de santé qui interagit avec les adolescents et les jeunes devrait posséder, pratiquer et maîtriser les caractéristiques d'une communication efficace suivantes

1. Engagement et disponibilité, respect de la confidentialité et de l'identité de l'adolescent, compétences intellectuelles et intelligence émotionnelle, empathie, acceptation de soi, capacité de mettre en priorité leurs besoins, aptitude à rendre la conversation intéressante pour l'adolescent, teintée d'humour, présentation soignée, honnêteté (respect du secret professionnel sauf vie engagée), neutralité et objectivité, maintien des échanges avec l'adolescent, patience...
2. Etre un bon communicateur, être un prestataire compétent en approche jeune. Lorsqu'un jeune vient au centre de santé, quel que soit le motif de consultation, il faut savoir pratiquer l'écoute attentive.
3. Intérêt pour les adolescents et les jeunes : les prestataires de services de santé qui travaillent avec eux devraient exprimer de façon pragmatique l'intérêt à leurs problèmes et à y trouver des solutions ;
4. Démontrer des connaissances sur la croissance des adolescents et le développement du cerveau ;
5. Bien que les adolescents et les jeunes soient l'objectif principal, les parents devraient être considérés comme faisant partie du problème ainsi que la solution ;
6. Assurer la confidentialité : conseiller et traiter les adolescents et les jeunes avec ou sans le consentement des parents et des tuteurs, mais privilégier le consentement volontaire informé ;
7. Préserver l'intimité : les adolescents et les jeunes qui sont accompagnés de leurs parents, tuteurs ou amis devraient avoir la chance d'être seuls pour leur garantir une intimité visuelle et auditive. Cela les aidera à exprimer leur émotion, une confiance à exprimer leur préoccupation.
8. Démontrer votre préoccupation et l'intérêt pour ce que dit le client adolescent ou jeune - écouter attentivement et manifester l'intérêt. Laissez l'adolescent parler et traiter ses commentaires sérieusement. Manifestez votre empathie et soyez respectueux et sans jugement surtout quand vous discutez de comportements tels que : l'usage des substances psychoactives, l'avortement, le tabac, l'alcool, les ISTs etc.... S'abstenir de se positionner en juge, en arbitre ou en parents moralisateur.
9. Cerner sa préoccupation en commençant par des questions les moins dérangeantes (pas directement sur ses activités sexuelles). Prendre le temps de se familiariser avec lui. Enfin, utiliser la troisième personne pour lui poser une question sur les activités de ses pairs ou de ses amis, puis lui demander sa pratique. Au lieu de 'êtes-vous sexuellement actifs?', plutôt demander 'Penses-tu que des jeunes de ton âge sont sexuellement actifs?'. Si la réponse est 'oui', lui demander : 'et vous, l'êtes-vous?'. Cette attitude évite la stigmatisation par la normalisation du problème. Pour l'alléger

d'avantage, vous pouvez rajouter ' J'ai soigné beaucoup de gens dans votre cas dans ma carrière'.

10. Si vous devez passer par un examen physique pouvant être embarrassant (exemple : toucher vaginal), expliquer-lui ce que vous comptez faire et lui demander l'autorisation. N'y procéder que sous son approbation.
11. Respectez les sensibilités sur les relations entre les deux sexes. Un médecin homme examinant les endroits sensibles d'une adolescente ferait mieux de le faire devant une collègue féminine. Respecter la confidentialité et soyez attentifs aux signes de gêne (Arrêter si nécessaire en cas de douleur).
12. Découvrir l'agenda caché - souvent lorsque les adolescents et les jeunes sont accompagnés, ils peuvent parfois ne pas vouloir partager leurs vrais problèmes. Toujours voir le fond du problème de l'adolescent en rapport avec son environnement familial, scolaire, la communauté car ce qui lui arrive n'est que la partie visible de l'iceberg (déclenchée par une circonstance favorisant, la plupart du temps malheureuse).
13. Aider les adolescents et les jeunes à comprendre les risques pour la santé, les motiver et les aider à abandonner les comportements à risque et à adopter un style de vie sain.
14. Prendre des notes qui vont vous aider dans l'essai de résolution du problème de l'adolescent ou qui vont vous orienter à poser des questions.
15. Lui informer de la conclusion avec les conséquences possibles. Lui informer des possibilités de traitement en lui donnant le choix selon ses préférences pour augmenter la chance qu'il suive le traitement.
16. S'exprimer par le geste corporel en plus du langage.
17. Lui expliquer pourquoi lui donner ces médicaments, avec l'heure et la posologie de le prendre. Assurez-vous qu'il ait les moyens financiers de se le procurer.
18. Vos conseils seront judicieux si vous restez objectif, utilisez vos connaissances médicales pour appuyer votre exposé.

3.4 Implication des parents/tuteurs dans le processus de recherche de la solution

- Encourager et soutenir la participation des parents ou des tuteurs le cas échéant ;
- Faire en sorte que les parents ou les tuteurs comprennent mieux la notion de consultation appropriée pour la santé des adolescents

4. Counseling pour les adolescents et jeunes

Le counseling, une des formes de la communication interpersonnelle, est un entretien en tête à tête dite une relation d'aide engageant deux personnes expertes dont un expert en matière de santé des adolescents et jeunes dans et le client en question en tant qu'expert de sa vie. Il est important de souligner qu'un bon counseling favorise les échanges directs et le feedback de manière verbale ou non verbale.

4.1 Conditions nécessaires pour réussir un bon counseling

- Entretien en tête à tête
- Se déroule dans un endroit calme
- Respect de la confidentialité
- Pas de décision unilatérale aussi bien du côté du prestataire que du client.

4.2 Six savoirs/compétences¹⁸basiques avant de faire le counseling

Afin de mener à merveille une séance de counseling, le prestataire devrait adopter les six savoir/compétences en communication interpersonnelle afin de garantir une meilleure interaction et visant la satisfaction du client. La réussite d'un counseling réside d'emblée sur la mise en application des compétences du prestataire au moment et au temps voulu. Les six savoirs¹⁹ étant :

- Savoir écouter ;
- Savoir demander;
- Savoir informer;
- Savoir répondre aux besoins du client ;
- Savoir stimuler la participation du client ;
- Savoir exprimer des émotions positives

4.3 Six étapes à suivre pour réaliser une séance de counseling

Le counseling est une relation d'aide entre, une forme de la communication interpersonnelle par excellence pour apporter une solution face à un problème dont l'adolescent ou le jeune fait face.

Les étapes du counseling selon la méthode (B E R C E R)

- **Bienvenue** : accueil
 - être présentable et souriant ;
 - mettre en confiance par l'engagement et la disponibilité ;
 - démontrer sa capacité de mettre en priorité leurs besoins ;
 - dans le respect de la confidentialité et de l'identité.
- **Entretien pour bien connaître les raisons de la consultation**
 - en offrant l'acceptation de soi ;
 - en usant de ses compétences intellectuelles et émotionnelles ;
 - en usant de ses aptitudes à rendre la conversation intéressante et avec humour ;
 - en montrant de l'empathie et de la patience ;
 - en utilisant les langages.

¹⁸ Manuel de Communication Interpersonnelle et Counseling (CIP/C)/ à l'usage des prestataires de Santé / Actualisé en Mai 2015

¹⁹ Six savoirs : Annexe 4

- **Renseignements** : informations
 - la mise à disposition de toutes les informations relatives à la raison de la consultation avec l'honnêteté.
- **Choix** :
 - décisions de l'adolescent et ou du jeune dans le respect de la confidentialité
- **Explication** :
 - en restant toujours neutre et objectif avec empathie.
- **Rendez-vous** :
 - Résumé pour maintenir les échanges avec l'adolescent ;
 - Proposer un nouveau rendez-vous au besoin

En parallèle, l'approche GATHER²⁰ permet d'exploiter les moindres détails des expertises dont revêt le prestataire face à son client. De par cet acronyme GATHER (Accueillir, Evaluer, Affirmer, Aider, Expliquer, Référer pour une nouvelle consultation) se veut être complémentaire à la méthode BERCER utilisée depuis par les différents intervenants œuvrant en matière de SAJ.

Il est fort de signaler que le prestataire soit confronté à des situations difficiles²¹ et des moments critiques. Toutefois, l'entretien devrait aboutir à des résultats de dénouement (voir en annexe).

²⁰ In Programme d'Orientation sur la Santé des Adolescents destiné aux Prestataires de Soins de santé – OMS
cf Annexe 6

²¹ Moments difficiles cf Annexe 8

MODULE C : UTILISATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES

L'utilisation des substances psychoactives prend de plus en plus de l'ampleur chez les adolescents et jeunes, laquelle a des conséquences néfastes sur la santé publique.

Le présent module a pour but de renforcer les connaissances des prestataires sur l'usage des substances psychoactives et ses conséquences sur la santé chez les adolescents et jeunes.

Il aborde les thèmes suivants :

1. Généralités sur l'utilisation des substances psychoactives chez les adolescents et jeunes ;
2. Prévention et prise en charge des adolescents et jeunes sur l'utilisation des substances psychoactives.

1- Généralités sur l'utilisation des substances psychoactives chez les adolescents et jeunes

1.1 Définition des substances psychoactives

- Ce sont des substances psychotropes qui peuvent provoquer une stimulation ou une dépression du système nerveux central donnant lieu à des hallucinations ou à des troubles de la fonction motrice, du jugement, du comportement, de la perception et de l'humeur.
- Ce sont des substances qui peuvent provoquer un état de dépendance, donner lieu à des abus et/ou constituer des problèmes de santé publique et des problèmes sociaux.

1.2 Différentes substances psychoactives que les adolescents et jeunes utilisent couramment

Selon le document d'orientation de l'OMS, ces substances sont à la fois légales et illégales. Lorsqu'elles sont consommées, ces substances psychoactives ou drogues peuvent affecter la façon dont les gens voient, entendent, goûtent ; sentent, pensent et se comportent. Elles sont divisées en dépresseurs, stimulants, opioïdes et hallucinogènes.

a. Dépresseurs

Ce sont des substances qui agissent sur le système nerveux central pour réduire l'activité fonctionnelle, la coordination motrice, ainsi que l'anxiété et la tension

- Alcool ;
- Sédatifs/Hypnotiques
- Solvants volatiles/Inhalant : sprays aérosols, gaz butane, essence, colle, diluants, peinture, solvants.

b. Stimulants

Ce sont des substances qui ont des effets indésirables sur le fonctionnement de certains organes qui activent les fonctions psychiques

- Tabac ;
- Cocaïne ;
- Amphétamines ;
- Caféine : café et thé

c. Opiïdes

Se dit d'une substance ayant les mêmes effets que ceux de l'opium dont la morphine est le principal alcaloïde

- Héroïne ;
- Opium ;
- Morphine ;
- Codéine

d. Hallucinogènes

Ce sont des produits qui donnent des fausses perceptions sensorielles

- Khat ;
- Cannabis / marijuana ;
- Mescaline ;
- Acide lysergique diéthylamide.

1.3 Facteurs influençant l'initiation des adolescents et jeunes à l'usage des substances psychoactives

Souvent l'influence des facteurs socioculturels et économiques, les adolescents et jeunes peuvent adopter des comportements à risque, dont l'initiation à l'usage des substances psychoactives.

Tableau 7 : Facteurs influençant l'initiation des adolescents et jeunes à l'usage des substances

- Consommation de substances par des modèles tels que les parents, d'autres adultes en contact étroit avec l'adolescent ou le jeunes ;
- Pression des pairs ;
- Imitation des personnalités (stars de la télévision, du cinéma, du sport.....);
- Accès facile et abordable pour les adolescents et jeunes,
- Stratégies de marketing pour promouvoir la consommation de substances (Alcool et tabac...);
- Situation d'urgence humanitaire : sinistrés...
- Problèmes familiaux (divorce des parents...)
- Curiosité

1.4. Etapes de la dépendance aux substances psychoactives

a. Usage simple

L'utilisation des substances psychoactives est le modèle le plus commun chez les jeunes, caractérisé par la curiosité, le désir d'une nouvelle expérience. C'est une consommation très souvent occasionnelle.

b. Intoxication aiguë

Il s'agit d'une condition transitoire qui fait suite à la consommation d'une substance psychoactive entraînant des troubles de la conscience, de la cognition, de la perception, de l'affect ou du comportement

c. Overdose

Les besoins d'accroître la consommation de la substance psychoactive augmente si bien que l'organisme en dépend. L'usage devient nocif, La consommation devient plus abusive entraînant la dégradation de la relation sociale avec la famille ou l'entourage, des difficultés scolaires ou professionnelles, des actes involontaires.

d. Dépendance

Elle est à la fois psychique et physique. C'est une impossibilité de résister au besoin de consommer. Avant la consommation régulière, on observe chez le consommateur une tension et, pendant la consommation, un phénomène de soulagement.

e. Retrait

Il s'agit de l'expérience d'un ensemble de symptômes désagréables suite à l'arrêt brutal ou la réduction de la dose d'une substance psychoactive.

1.5. Manifestations liées à l'utilisation de substances psychoactives

L'utilisation prolongée des substances psychoactives par les adolescents et jeunes peut se manifester de différentes manières, à savoir :

- problèmes de sommeil ou fatigue inexplicée;
- anxiété et palpitations;
- vertiges, tremblements et transpiration;
- douleurs, parfois généralisées y compris les maux de tête, de la poitrine et de l'abdomen ;
- faible appétit ou perte de poids ;
- retrait social ou participation réduite à l'école, au travail ou aux activités sociales;
- des performances scolaires en baisse;
- signes d'usage excessif et fréquent d'alcool ou de substances psychoactives;
- comportements à risque élevé: auto-déclaré ou rapporté par d'autres personnes.

1.6. Conséquences de l'utilisation des substances psychoactives par les adolescents et jeunes

L'utilisation des substances psychoactives par les adolescents et jeunes a des conséquences socio-comportementales qui peuvent affecter aussi bien l'individu que son environnement de vie.

Elle peut avoir des conséquences néfastes sur leur santé et cela, jusqu'à l'âge adulte. Il peut s'agir de conséquences physiques, psychologiques, économiques, familiales, personnelles et sociales.

a. Conséquences physiques

- Traumatisme (par exemple : chutes, accident de la route, noyade) ;
- Surdosage qui peut entraîner un coma (prendre accidentellement trop en raison de l'inexpérience) ;
- Comportement à risque (par exemple : rapports sexuels non protégés, conduite sous l'influence de l'alcool, ...)

- Dommages à autrui (par exemple : accidents de la route, violence).

b. Conséquences psychologiques

- Trouble de sommeil ou somnolence ;
- Anxiété;
- Perte de mémoire et problèmes de concentration ;
- Episodes psychotiques (idées fausses et hallucinations);
- Dépression;
- Suicide.

c. Conséquences interpersonnelles et sociales :

- Dysfonctionnement familial (par exemple : tension familiale / violence, absence parentale);
- Retrait social du jeune;
- Difficultés d'apprentissage et échec scolaire;
- Perte d'emploi et de revenu;
- Violence envers la famille, les amis ou autres;
- Comportement criminel.

2- Prévention et prise en charge des adolescents et jeunes sur l'utilisation des substances psychoactives

2.1 Mesures préventives contre l'utilisation des substances psychoactives

→ Prévention primaire :

Pour ceux qui ne fument ni ne boivent, ne pas essayer d'en prendre

→ Prévention Secondaire :

Pour ceux qui fument et boivent, arrêter de fumer et de boire.

→ Prévention tertiaire :

Donner des conseils aux jeunes qui sont déjà drogués (orientation vers le centre de santé spécialisé)

2.2. Stratégies de prise en charge des adolescents et jeunes sur l'utilisation des substances psychoactives

La prise en charge des sujets ayant un usage nocif des substances psychoactives doit suivre les stratégies suivantes :

a) Stratégie d'aide individuelle :

- Etablir une relation d'alliance
 - Identification précoce des problèmes et transfert vers les structures appropriées ;
 - Maintien du continuum de soins ;
 - Conseils pour aider les gens à contrôler l'usage dangereux des substances psychoactives ;
 - Désintoxication soignée, puis un soutien à long terme pour prévenir une rechute.

b) Stratégie d'action collective :

- Interventions communautaires globales pour encourager le sevrage tabagique
- Programme d'intervention dans l'école et dans la famille (cf. annexe C1)

2.3 Consultation d'un adolescent ayant pris une substance psychoactive (cf. annexe C2)

La consultation se déroule selon les étapes de Jalons HEADSSS décrit dans le module B de la communication.

Conclusion

L'utilisation de substances psychoactives peut être considérée comme un continuum avec l'expérimentation (l'utilisation la plus douce), puis l'utilisation régulière sans altération évidente, par la suite l'abus et enfin la dépendance.

L'alcool, le tabac, la marijuana et les inhalant sont couramment utilisés par les adolescents et les jeunes.

La consommation de ces substances coexiste avec les autres troubles de santé mentale et il est important de vérifier leur utilisation tout en traitant les jeunes souffrants de troubles mentaux. La famille, l'école et la communauté dans son ensemble sont des lieux où des interventions contre la consommation de ces substances pourraient être mises en œuvre.

MODULE D : PROBLEMES COMMUNS DE SANTE MENTALE CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES

Le présent module a pour but de renforcer les capacités des prestataires sur les problèmes communs de santé mentale chez les adolescents et jeunes afin de les aider à améliorer la prise en charge de ceux présentant ces problèmes.

Les thèmes de ce module comprennent :

1. Généralités
2. Troubles et difficultés de comportements
3. Automutilation et suicide
4. Prise en charge des problèmes mentaux chez les adolescents et jeunes

1. Généralités

Le but de cette session est d'améliorer la connaissance du prestataire de services de santé sur la santé mentale en générale et sur les comportements à risque ainsi que sur les signes d'appel et de danger.

Selon l'OMS, la santé mentale se définit comme un état de bien-être dans lequel les individus prennent conscience et font usage de leurs compétences ; ils sont capables de supporter les stress quotidiens et d'avoir une productivité fructueuse en servant la communauté dans laquelle ils vivent.

Les problèmes de santé mentale chez les adolescents et jeunes sont de plus en plus une préoccupation majeure en matière de santé publique. En effet, 10 à 20 % d'adolescents dans le monde sont affectés par les problèmes de santé mentale, avec la dépression comme la première cause de maladie et d'invalidité chez les adolescents et jeunes. Le suicide se classe au troisième rang parmi les causes de décès. Des études ont montré que la moitié des individus qui développent des troubles mentaux ont eu leurs premiers symptômes à l'adolescence.

Les problèmes de santé mentale chez les adolescents et jeunes peuvent se manifester par des comportements et d'un ensemble de signes.

Tableau 8: Comportements à risque, signes d'appels et de danger des problèmes de santé mentale des adolescents et jeunes

Comportements à risque	Signes d'appel	Signes de danger
Attitude et comportement à la maison		
Renfermement affectif et social (solitude)	Humeur triste, agressivité	Idée suicidaire, tentative de suicide
	Absence d'intérêt dans les activités quotidiennes	
Plaintes somatiques	Plaintes somatiques chroniques	Problème psychologique
Fugue	Fugues à répétition	Délinquance juvénile
Comportement scolaire		
Absentéisme	Perturbation des résultats scolaires	Abandon scolaire
Difficulté comportementale signalée par les enseignants	Raquette et vol à l'école	Délinquance
Comportement vis-à-vis des substances psycho-actives		
Usage de substance : le tabac (à fumer, à chiquer, alcool, cannabis)	Poly-consommation à risque Fumer avant 15 ans, consommer de l'alcool avant 18 ans Consommation de plus de 3 mois Ivresse à répétition	Dépendance, agressivité
Usage de médicaments	Usage/demande répété de médicaments	Dépendance
Comportement sexuel		
Précocité de l'âge du premier rapport sexuel,	Multi-partenariat sexuel Comportement sexuel déviant (pratique)	Travailleur de sexe voire Prostitution
Comportement alimentaire		
Changement dans la façon de s'alimenter	Perte de poids Gain de poids anormaux	Anorexie, Boulimie
Autres comportements additifs (jeux, réseaux sociaux, ...)	Isolement volontaire Désintérêt pour les autres activités familiales, sociales Mythomanie et cleptomanie	Addiction

2. Troubles et difficultés de comportements

Ce thème permet aux prestataires de santé de reconnaître les différents troubles de comportements et d'évaluer les signes chez les adolescents qui en souffrent. Les problèmes liés à la suractivité, à l'inattention ou au comportement irresponsable sont courants chez les adolescents. Ce n'est que lorsque ces comportements sont très sévères et influencent la capacité des adolescents à effectuer des activités quotidiennes (par exemple, apprendre, jouer et interagir avec des pairs) qu'ils peuvent être définis comme des « troubles du comportement ».

2.1 Différents types de comportement

- Troubles de l'attention, déficit, hyperactivité;
- Troubles de conduite ;
- Troubles émotionnels : dépression chez les adolescents
- Suractivité (ou hyperactivité) excessive : il s'agit d'une circulation excessive, de difficultés extrêmes à rester assis, de la tendance à parler excessivement ou faire des mouvements continus avec les doigts ou les pieds.
- Inattention excessive : c'est lorsque l'adolescent est souvent incapable d'accomplir une tâche et passe fréquemment aux autres.

2.2 Troubles de comportement liés au déficit d'attention et à l'hyperactivité

a) Caractéristiques

Les principales caractéristiques sont l'attention altérée et la suractivité qui affectent le fonctionnement de l'adolescent dans la vie quotidienne et l'apprentissage. Ils sont beaucoup plus rencontrés chez les garçons et leurs causes ne sont pas exactement connues.

Lorsque les adolescents atteints de troubles d'attention, déficit, hyperactivité ne sont pas reconnus ou ne reçoivent pas de soins et de soutien, ils peuvent abandonner l'école. Ils peuvent être mal étiquetés de méchant et irresponsable et être blâmés et punis pour leurs comportements. La punition peut aggraver leur comportement.

b) Evaluation des problèmes de comportement : inattention et hyperactivité

1. Est-ce que l'adolescent ou le jeune a des problèmes d'inattention ou d'hyperactivité ?
2. Ces problèmes restent-ils dans différents contextes, par ex. maison, école, sociale, etc.?
 - ✓ Ont-ils duré au moins six mois ?
 - ✓ Sont-ils appropriés au niveau de développement d'adolescent ?
 - ✓ Ont-ils un impact sévère sur la capacité de l'adolescent à fonctionner dans la vie quotidienne (à l'école dans la famille, etc.) ?
3. Y a-t-il des conditions physiques qui pourraient ressembler à ces symptômes ?

Pour évaluer les problèmes de comportement et émotionnels, il faut adopter le plan suivant :

1. Signes du trouble ?

2. Impact du trouble ?
3. Paramètres ?
4. Temps ?
5. Ordinaire ?
6. Autres conditions associées ?

2.3 Troubles de comportement liés à un comportement dissocial, agressif et désobéissant (troubles de conduites)

a) Caractéristiques

Les principales caractéristiques du trouble de conduites sont des faits répétitifs, d'agressivité ou de défiance. Les troubles de conduites sont communs, 4 à 10%, surtout chez le garçon. Ils sont causés à la fois par une vulnérabilité génétique et des environnements psychosociaux difficiles (exposition à la violence, à la négligence, aux troubles mentaux ou liés à l'utilisation de substances par les parents).

b) Evaluation

Tableau 9: Troubles de comportement chez les adolescent(e)s

Manifestations des troubles de comportement liés à un comportement dissocial, agressif et désobéissant (trouble de conduites)
<p>➤ Les symptômes sont-ils persistants, graves et inappropriés pour le niveau de développement de l'adolescent ?</p> <p>➤ L'adolescent ou le jeune présente-t-il un comportement agressif, désobéissant ou provocant répété, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se disputer avec les adultes ; • Défier ou refuser de se conformer à leurs demandes ou règles ; • Irritabilité / colère extreme; • Crises de colère fréquentes et sévères ; • Difficulté à s'entendre avec les autres ; • Comportement provocateur ; • Niveaux excessifs de combat ou d'intimidation ; • Cruauté envers les animaux ou les personnes ; • Forte destructivité à la propriété, mise à feu ; • Voler, mentir à plusieurs reprises, faire l'école buissonnière, fuir la maison.

c) Entretien avec un adolescent ou un jeune souffrant des troubles de comportement liés à un comportement dyssocial, agressif et désobéissant (trouble de conduites)

Les adolescents et les jeunes peuvent être difficiles à atteindre car ils ne demandent souvent pas d'aide. C'est pour cela qu'il faut leur offrir la possibilité d'être vus seuls sans la présence d'un soignant. Il faut clarifier la nature confidentielle de l'entretien et indiquer dans quelles circonstances les parents pourront recevoir les informations. Au cours de l'entretien, les questions à poser sont les suivants :

- Vous trouvez-vous en train de discuter avec vos parents ?
- Etes-vous irrité si vos parents vous demandent de faire quelque chose ?

- Avez-vous été extrêmement en colère et irritable récemment ?
- Avez-vous des difficultés à s'entendre avec d'autres personnes ?
- Avez-vous de graves crises de colère ?
- Montrez-vous un comportement provocateur ?
- Etes-vous intimidé très souvent ?
- Montrez-vous une cruauté envers les autres personnes et les animaux ?
- Avez-vous été surpris en train de détruire les biens d'autrui ?

2.3 Emotions et troubles émotionnels

Les sentiments de peur, d'anxiété, de tristesse et / ou d'irritabilité chez les adolescents et jeunes sont normaux et sains à mesure qu'ils grandissent et se développent. Ce n'est que lorsque ces émotions sont ressenties pendant des périodes prolongées, provoquant une détresse invalidante et un impact sur la capacité de l'adolescent à fonctionner dans la vie de tous les jours que cela doit être considéré comme un trouble.

a. Caractéristiques

Les principales caractéristiques des troubles émotionnels sont :

- **Emotions prolongée** : émotions intenses ressenties pendant une période de temps prolongée
- **Désactivation** : entrave la capacité de l'adolescent à fonctionner dans la vie de tous les jours
- **Détresse** : ressentir intensément des émotions telles que la tristesse, la peur, l'anxiété et l'irritabilité.

La **Dépression** est une maladie qui se caractérise notamment par une grande tristesse, un sentiment de désespoir (humeur dépressive), une perte de motivation et de facultés de décision, une diminution du sentiment de plaisir, des troubles alimentaires et du sommeil, des pensées morbides et l'impression de ne pas avoir de valeur en tant qu'individu. La dépression est la première cause de maladie et d'invalidité chez les adolescents et jeunes. Les caractéristiques principales de la dépression sont :

- Se sentir triste, irritable ou déprimé ;
- Perte d'intérêt ou de plaisir dans les activités ;
- Perturbation de sommeil, changement d'appétit,
- Sentiment de culpabilité excessive, perte d'énergie, concentration réduite,
- Problèmes de prise de décisions, irritabilité, désespoir, pensées et actes suicidaires.

Ces symptômes doivent être présents la plupart du temps pendant au moins deux semaines.

b. Evaluation des troubles émotionnels

Au cours de l'évaluation des troubles émotionnels, il faut se poser les questions suivantes :

- L'adolescent souffre-t-il d'une détresse prolongée et invalidante accompagnée de tristesse, de peur, d'anxiété et de l'irritabilité ?
- Ces symptômes ont-ils un impact important sur la capacité de l'adolescent à fonctionner dans la vie quotidienne ?

- Y a-t-il des conditions physiques qui peuvent ressembler ou exacerber ces symptômes émotionnels ?
- L'adolescent est-il souvent irritable, triste, agacé, déprimé ?
- A-t-il perdu tout intérêt pour les activités dont ils avaient l'habitude de profiter ?
- A-t-il beaucoup de soucis ou semble-t-il souvent inquiet ?
- A-t-il beaucoup de peurs et a-t-il facilement peur ?
- Se plaint-il de maux de tête, de maux d'estomac ou toute autre maladie ?
- A-t-il souvent en larmes ou découragés ?
- Evite-t-il ou déteste-t-il fortement certaines situations ?

Il faut aussi évaluer l'environnement familial et scolaire.

Le but de l'évaluation de l'environnement familial est de comprendre :

- les problèmes émotionnels, comportementaux ou de développement;
- Il faut chercher à savoir s'il s'agit d'une réaction aggravée par une situation angoissante ou effrayante à la maison.

Si l'environnement familial n'est pas aggravant ou ne cause pas les problèmes, alors assurez-vous que l'adolescent ou le jeune peut être correctement pri en charge à la maison. Il faut surtout vous assurer que toutes les conditions sont réunies pour une meilleure prise en charge de l'adolescent ou du jeune. Il faut explorer les opportunités adéquates de jeu, l'interaction sociale positive et la communication.

L'évaluation de l'environnement scolaire va chercher à établir si l'adolescent ou le jeune va à l'école ?

Si non, pourquoi pas ?

Il faut chercher à savoir si l'adolescent ou le jeune est victime d'intimidation, se sent-il capable de participer à l'apprentissage ?

Pourquoi refuse-t-il d'y assister ? Si la réponse aux questions ci-dessus est oui, il faut envisager de parler aux enseignants pour découvrir ensemble ce qui se passe et voir avec la famille et le personnel de santé comment aider à gérer l'adolescent ou le jeune.

Avant de conduire une évaluation en milieu scolaire, il faut au préalable savoir dans quelle mesure serait-il pratique de l'effectuer dans votre milieu. Il faut vous demander comment l'école et les enseignants vont-ils réagir.

2.4 Entretien avec un adolescent ou un jeune souffrant des troubles émotionnels

Pendant l'entretien avec l'adolescent ou le jeune, il faut créer un environnement favorable qui vous permettra de poser les questions suivantes :

- comment vont les choses à la maison?
- quelque chose de stressant ou difficile a-t-il eu lieu récemment?
- est-ce que quelqu'un à la maison ou à l'extérieur de la maison vous a blessé ou vous a contrarié?
- que se passe-t-il lorsque vous faites quelque chose que vos parents n'apprécient pas?
- que se passe-t-il dans votre maison lorsque les gens se mettent en colère?

Il faut aussi saisir cette occasion pour poser des questions à l'accompagnateur de l'adolescent ou du jeune en l'absence de ce dernier.

- Y a-t-il des situations difficiles ou douloureuses à la maison qui peuvent affecter la façon dont votre enfant se sent ou se comporte ?
- Est-ce que quelqu'un à la maison a été blessé ou contrarié par quelque chose récemment ?
- Les difficultés de l'adolescent ont-elles commencé après un événement nouveau ou stressant ?
- Comment disciplinez-vous votre enfant ?
- Comment les autres membres de la famille disciplinent-ils votre enfant ?
- Quelle est la situation dans votre couple en ce moment ?

3 Automutilation/Suicide

L'automutilation et le suicide constituent chez les adolescents et jeunes un réel problème de santé publique. L'automutilation et le suicide sont classés au troisième rang de causes de décès chez les adolescents et jeunes.

3.1 Concepts et définitions

1. Le **suicide** est l'acte de se tuer délibérément. Il s'agit d'un décès faisant suite à une intoxication ou à une lésion traumatique que s'inflige délibérément un individu (définition OMS) ;
2. La **tentative de suicide** est tout acte délibéré, sans issue fatale, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose thérapeutique. Cet acte doit être inhabituel. Les conduites addictives sont donc exclues ainsi que les automutilations répétées et les refus de s'alimenter (définition OMS) ;
3. La **crise suicidaire** est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide ;
4. Le **suicidé** est un individu qui s'est donné la mort volontairement ;
5. Le **suicidaire** est individu ayant des idées ou exprimant des menaces de suicides. Tandis que le **suicidant** est un individu qui a réalisé une tentative de suicide ;
6. L'**automutilation** est un terme plus général faisant référence à un empoisonnement ou à une blessure auto-infligée de façon intentionnelle, qui peut avoir ou non une intention ou un résultat fatal. Les adolescents sont le groupe d'âge le plus à risque d'automutilation sans intention suicidaire.

3.2 Conseils cliniques

- Poser des questions sur l'automutilation ne provoque pas d'actes d'automutilation ;
- Il réduit souvent l'anxiété associée aux pensées ou aux actes d'automutilation et aide la personne à se sentir comprise.
- Cependant, essayez d'établir une relation avec la personne avant de poser des questions sur l'automutilation.
- Demandez à la personne d'expliquer ses raisons de se faire du mal.

4 Prise en charge des problèmes mentaux chez les adolescents et jeunes

Ce thème va permettre de renforcer la capacité du prestataire de services de santé sur la prise en charge des troubles mentaux chez les adolescents et jeunes.

4.1 Conseil pratique pour les agents de santé devant un problème de santé mentale

En somme, la santé mentale comporte l'équilibre comportemental et psychologique ou les deux à la fois. La perturbation de la santé mentale se manifeste cliniquement et s'accompagne d'une souffrance physique, le handicap, de risques de décès par suicide ou de perte d'autonomie au minimum.

Anamnèse :

- Anamnèse médicale ;
- Anamnèse sociale ;
- Anamnèse environnementale.

4.2 Examen somatique dont dépendra le traitement adéquat

Les investigations concernent le comportement, telle la relation avec les parents, la prise de risque, l'agressivité, le fonctionnement psychique : l'image de soi, projet de rêves, état anxieux, dépressif.

Mais, **toujours référer les cas qui dépassent les compétences** en avertissant les parents. Le travail psychique de l'adolescent ou le jeune se résume au fait qu'il continue de vivre dans son corps en continuels changements tout en intégrant ses transformations dans son psychisme (besoin de temps pour accepter ses transformations : corporelles, affectives, cognitives, sociales et sexuelles).

4.3 Prise en charge précoce

La prise en charge d'un adolescent ou d'un jeune souffrant d'un problème mental doit se faire d'une manière holistique aussi bien en milieu de soin que dans la famille. Le milieu scolaire doit être aussi pris en compte dans le mécanisme de prise en charge.

La prise en charge précoce face à un problème de santé mentale est indispensable et déterminante de la suite des résultats. Elle permet de :

- réduire la souffrance et l'handicap;
- améliorer les résultats en matière d'éducation et de santé;
- améliorer la relation de l'enfant avec sa famille, ses enseignants et ses pairs, améliorant ainsi ses résultats;
- aider les parents et les enseignants à mieux comprendre le comportement de l'adolescent ou du jeune ayant un trouble du comportement.

Une intervention précoce à travers la prescription des médicaments psychotropes de première ligne est importante et peut améliorer les conditions de l'adolescent ou le jeune souffrant d'un problème mental. Le renforcement des capacités des médecins généralistes à la prise en charge et au traitement des problèmes de santé mentale dans les structures de soins de santé primaires peut améliorer la qualité du traitement et réduit les sentiments favorisant le suicide.

En cas de crise aigüe il faut hospitaliser l'adolescent ou le jeune qui présente un risque élevé de suicide jusqu'à ce que ce sentiment ne soit plus présent. Le plan de sortie en salle d'urgence comprend un contrat écrit avec l'adolescent ou le jeune dans lequel l'intéressé accepte ne plus adopter de comportement suicidaire et privilégie plutôt une solution de rechange.

Les programmes scolaires complets englobent la mise en œuvre de la politique de prévention du suicide, la formation des enseignants, la consultation et l'éducation des parents et des étudiants en gestion du stress et en dynamique de la vie, et la mise en place d'une équipe de crise à l'école. Les programmes didactiques et expérientiels fondés sur les salles de classe accroissent les connaissances à court terme sur le suicide et la connaissance sur la prévention. Les activités créatives communautaires ont un effet positif sur les changements de comportement et la confiance en soi et l'estime de soi.

4.4 Interventions psychosociales

Les personnes qui soutiennent l'adolescent ou le jeune font partie de l'équipe de prise en charge.

C'est pour cela qu'il est important d'attirer l'attention des personnes de soutien sur le fait que l'adolescent ou le jeune souffrant d'un problème mental ne devrait pas être blâmé pour ses troubles et / ou son comportement. L'entourage de l'adolescent ou le jeune malade doit comprendre que ce n'est pas de la malédiction ou de la sorcellerie, ni de la faute du malade. L'adolescent ou le jeune a plutôt besoin de gentillesse, de patience, d'amour et de soutien.

- La psychoéducation peut être donnée à toute personne qui accompagne ou apporte un soutien à l'adolescent présentant de troubles mentaux et comportementaux ;
- Des conseils sur l'amélioration du comportement peuvent être donnés à tous les soignants ;

Plus les gens sont conscients de l'importance du développement sain de l'enfant, meilleurs sont les résultats pour les enfants et les adolescents.

Conclusion

Les troubles de santé mentale et la consommation de substances sont des problèmes de santé courants chez les adolescents et jeunes. La dépression, l'anxiété, les troubles de l'alimentation, les troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention et la toxicomanie sont les formes les plus courantes de troubles de santé mentale dans cette population.

Les facteurs de risque pour les troubles de santé mentale sont en grande partie évitables. Les interventions doivent cibler la famille, la communauté et l'école. L'identification des troubles de santé mentale dans une population nécessite une prise en compte des antécédents et une évaluation des symptômes car certains des changements font partie du processus normal de développement de l'adolescent ou le jeune.

MODULE E : SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS ET JEUNES

Le présent module a pour but de renforcer les capacités des prestataires sur la santé sexuelle et reproductive chez les adolescents et jeunes. Ce module va traiter successivement :

- 1- Termes et concepts clés, droits et problèmes des adolescents et jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive
- 2- Conseils cliniques en matière de santé sexuelle
- 3- Grossesses précoces et non désirées
- 4- Avortements à risque
- 5- Contraception chez les adolescents
- 6- Soins offerts aux adolescentes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et période post-natale
- 7- Hygiène menstruelle
- 8- Cancer du col utérin

1. Termes et concepts clés, droits et problèmes communs des adolescents et jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive

1.1 Définitions

• Puberté

C'est la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, caractérisée par le développement des organes et des caractères sexuels. Elle débute plus ou moins tôt et peut durer plusieurs années. Elle est très variable d'un individu à l'autre, et s'accompagne de modifications psychologiques. A la fin de la puberté, le garçon comme la fille ont atteint quasiment leur taille adulte, et leur fonction de reproduction est acquise.

La puberté apparaît autour de 12 ans et se caractérise par l'évolution et le développement des organes sexuels, lesquels deviennent fonctionnels. Chez les filles, la puberté se traduit par la production des hormones féminines, le développement des seins, la pilosité au niveau du vagin et des aisselles, les premières règles, l'élargissement du bassin et l'arrondissement des hanches. Chez les garçons, elle se manifeste par une augmentation du volume des testicules et du pénis, la pilosité sexuelle et, plus tard, la pilosité au niveau du visage et du thorax ainsi que la mue de la voix.

• Sexe :

Ce sont les caractéristiques physiques qui font d'une personne un homme ou une femme

• Genre :

Le genre définit les caractères sociaux des hommes et des femmes. Ces caractères sont spécifiques à une société et sont variables dans le temps et dans l'espace.

• Relation sexuelle

La relation sexuelle est l'action d'avoir des rapports sexuels ou d'autres activités sexuelles agréables qui conduisent souvent à des rapports sexuels, comme, s'embrasser, se toucher les parties génitales, etc.

Selon l'ENSOMD, 50% des jeunes filles ont leur premier rapport sexuel à l'âge de 18 ans et 9% des jeunes hommes avant d'atteindre 15 ans. Cette proportion semble s'accroître si on se réfère à l'EDS de 2008-2009, deux ans au plus tôt ou 14% des femmes ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans et 6% pour les hommes. Des initiatives comme « Aok'aloha » ou « pas encore » ont eu lieu mais n'ont pas couvert le pays. Les communications sur la nécessité du report du premier rapport sexuel sont moindres par rapport au besoin.

• Sexualité

La sexualité est un aspect central de l'être tout au long de la vie ; il englobe le sexe ; identités et rôles du sexe et du genre, orientation sexuelle, érotisme, plaisir, intimité et reproduction. La sexualité est influencée par l'interaction des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels.

Il s'agit de la partie de l'être humain qu'il vit de la naissance à la mort :

- elle ne concerne pas seulement le fait d'avoir des rapports sexuels, ou de prendre part à une activité sexuelle ;
- elle est constituée de toutes les choses que nous aimons et qui nous font sentir homme ou femme, comme notre corps, nos vêtements, notre façon de voir, marcher, parler danser ou chanter, penser et d'exprimer nos sentiments sexuels.
- elle est l'expression de la personnalité. La personnalité est l'ensemble des attributions, des comportements qui permettent à chaque individu de s'identifier au sein de la société. Elle concerne l'aspect physique (sexe, choix vestimentaire ...) physiologique (homo-hétérosexuel), émotionnel (jovial, taciturne, dépression facile)

• Santé sexuelle

C'est un état de bien-être physique, mental et social en relation avec la sexualité. Cela exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécurisées, exemptes de coercition, de discrimination et de violence.

Pour la prise en charge des problèmes relatifs à la puberté et à la sexualité, le prestataire de service devrait expliquer :

- Les changements physique et physiologique au cours de la puberté (cf. module A)
- Le cycle menstruel (cf. module A) ;
- L'estime de soi (cf Module B)
- La pression des pairs Cf compétence pour la vie

• Abstinence sexuelle

L'abstinence sexuelle, ou continence, est le fait de vivre en se privant de la pratique sexuelle. Certains pratiquent une abstinence avec partenaire et de façon solitaire, d'autres excluent la masturbation de cette définition. Elle peut donc être partielle, sélective, temporaire, désirée, limitée. Elle peut être aussi utilisée pour la régulation des naissances. Peu importe la durée ou la forme de l'abstinence, *les adolescents ne*

doivent pas craindre un dysfonctionnement de la santé sexuelle. La libido peut se réveiller une fois prêt dans l'âge adulte.

• Santé de la reproduction (SR)

Elle concerne les processus de reproduction ; les fonctions et le système à tous les stades de la vie. La santé de la reproduction suppose donc que les gens puissent mener une vie sexuelle responsable, satisfaisante et sûre et qu'ils ont la capacité de se reproduire et la liberté de décider de quand et quelle fréquence.

a. Droits des adolescents et des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive

Les adolescents et les jeunes doivent jouir des droits en santé sexuelle et reproductive tout simplement en naissant humain. Les droits en matière de santé sexuelle et reproductive signifient qu'ils ont droit à une information accessible et fiable et aussi à des services qui les aident à décider librement et de façon responsable pour toutes les questions liées à la santé sexuelle et reproductive.

Tableau 10: Droits en santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes

- | | |
|--|--|
| 1. Le droit de disposer de l'information et des services appropriés en matière de santé reproductive ; | 7. Le droit de décider librement si et quand avoir des enfants, et combien d'enfants l'on veut avoir ; |
| 2. Le droit d'être traité avec soin et respect par un personnel qualifié ; | 8. Le droit de ne pas subir de discrimination et de préjugés fondés sur l'âge, qu'il s'agisse d'un garçon ou d'une fille, marié ou non ; |
| 3. Le droit d'accès aux services privés et confidentiels ; | 9. Le droit d'être à l'abri de l'exploitation, y compris les abus physiques, sexuels et émotionnels ainsi que les pratiques traditionnelles néfastes ; |
| 4. Le droit de décider si et quand avoir des rapports sexuels ; | 10. Le droit de participer à la conception, au développement, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des programmes et des services et à toute autre décision en matière de santé sexuelle et reproductive qui ont une incidence sur leur vie. |
| 5. Le droit à la liberté d'expression sexuelle et de profiter du sexe lorsqu'on se sent prêt ; | |
| 6. Le droit d'être en bonne santé et libre de maladies évitables, de grossesses non désirées et d'avortements à risque ; | |

b. Problèmes communs de santé sexuelle et reproductive chez les adolescents et jeunes

Les problèmes de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et des jeunes demeurent une préoccupation de santé publique. En effet, l'entrée précoce dans la vie sexuelle active, les rapports sexuels non protégés restent des comportements sexuels à risque qui engendrent des complications au plan médical que psychosocial. Les problèmes communs de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et des jeunes sont les suivants :

- initiation précoce à l'activité sexuelle;
- grossesses précoces et parfois trop rapprochées;

- dans le monde 16 millions de filles âgées de 15 à 19 ans donnent naissance chaque année;
- dans les pays en développement les grossesses chez les adolescentes représentent 17% de toutes les grossesses ;
- dans la région Africaine 28 % de jeunes fille âgées de 20-24 ans déclarent avoir donné naissance avant l'âge de 18 ans ;
- multiples complications liés à la grossesse, accouchement et avortement comparé aux femmes adultes;
- morbidité et mortalités maternelle très importante chez les adolescentes;
- avortement à risque: la plupart des avortements chez les adolescentes sont à risque (pratiqués illégalement, dans des conditions non requises et par des personnes non qualifiées);
- VIH/Sida: chaque année plus de la moitié de nouvelles infections à VIH surviennent chez les adolescentes et jeunes de moins de 25 ans;
- plus de deux tiers de toutes infections sexuellement transmissibles surviennent dans ce groupe dans les pays en développement.

2. Grossesse précoce et non désirée

2.1 Définition

La grossesse précoce est une grossesse qui survient avant l'âge de 18 ans. Elle est considérée comme « non désirée » lorsqu'elle n'a pas été planifiée et en plus elle n'est pas acceptée. Dans ces conditions, le soutien psycho-social s'avère utile et nécessaire pour l'adolescente en cas de grossesse précoce.

2.2 Facteurs favorisant la grossesse précoce et non désirée

Plusieurs facteurs prédisposent les adolescentes aux grossesses précoces et non désirées. On peut citer entre autres :

- le faible accès à une information fiable et aux services de santé sexuelle et reproductive y compris la contraception ;
- la pauvreté/ contexte socio-économique fragile ;
- le faible niveau d'éducation ;
- le manque d'éducation sexuelle complète ;
- le mariage précoce ;
- influence négative des pairs;
- us et coutumes.

2.3 Risques et conséquences de la grossesse précoce

Une grossesse précoce pourrait avoir des conséquences dévastatrices non seulement pour la mère, mais aussi pour l'enfant et le développement de leur communauté et d'un pays tout entier. Une adolescente enceinte à un risque accru de développer des complications pendant la grossesse, lors de l'accouchement ou pendant la période post natale.

- **Risques pour la santé**

Ces grossesses précoces sont très dangereuses aussi bien pour la mère que pour l'enfant. Les grossesses précoces sont la première cause de mortalité chez les 15 à 19 ans, et la première cause de mortalité infantile. Les avortements à risque et les autres complications contribuent de manière significative à la morbidité et à la mortalité chez les adolescentes.

- **Pendant la grossesse :** perturbation du développement de l'appareil reproducteur, menace d'avortement, et de fausses couches, anémie.
- **Pendant l'accouchement :** risque d'accouchement dystocique entraînant une souffrance fœtale voire mort in utero, risque de décès de la mère adolescente, probabilité élevée de nouveau-né de faible poids à la naissance.
- **Après l'accouchement :** risque de fistule obstétricale

- **Risques psychologiques et sociaux**

- **Abandon du partenaire**
- **Arrêt de la scolarisation :** la plupart des filles adolescentes qui accouchent ne retournent jamais ou rarement à l'école après avoir eu un enfant. Ce chiffre augmente lorsque les filles sont aussi mariées.
- **Marginalisation :** Dans beaucoup de sociétés, l'honneur de la famille repose sur la virginité des filles. Celles qui sont enceinte hors mariage sont donc victimes de discriminations et de marginalisation. Elles peuvent être rejetées par leur famille et deviennent ainsi vulnérables aux violences et abus et à l'exploitation sexuelle.
- **Stigmatisation par la société,** recours à la prostitution pour survivre (jeune fille), traumatisme psychique, dépression, suicide.
- **Perpétuation du statut inférieur des femmes et de la pauvreté :** Les mariages et les grossesses précoces maintiennent les filles dans leur statut inférieur à l'homme et ne leur permettent pas de sortir de la pauvreté. Il s'agit d'une situation injuste et d'un énorme potentiel perdu pour le développement des communautés.
- **Enfants abandonnés,** enfants délaissés, malnutris.

2.4 Importance de la prévention des grossesses précoces et non désirées

Les interventions pour prévenir les grossesses précoces et non désirées incluent toute activité (l'éducation en santé ou l'offre de conseils seulement, l'éducation en santé et l'enseignement de compétences, l'éducation en santé et l'éducation à la contraception avec distribution de contraceptifs) conçue pour améliorer les connaissances des adolescents et renforcer leurs attitudes face aux risques d'avoir des grossesses, promouvoir le report des premiers rapports sexuels, encourager l'utilisation systématique de méthodes contraceptives et réduire le nombre de grossesses non désirées. La prévention s'articule autour des points ci-après:

- éduquer et informer les adolescents pour retarder l'âge des premier rapports sexuels ;

- faciliter l'accès des adolescents à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive ;
- créer un environnement favorable pour l'éducation complète à la sexualité ;
- réduire le nombre de mariages avant l'âge de 18 ans ;
- susciter la compréhension et l'appui à la réduction du nombre de grossesses avant l'âge de 20 ans ;
- faciliter l'accès et augmenter l'utilisation de la contraception chez les adolescentes qui sont sexuellement actifs ;
- réduire le nombre de rapports sexuels forcés chez les adolescentes ;
- encourager l'accès des adolescents (filles et garçons) à l'éducation et demeurer le système le plus longtemps que possible ;
- accompagner de façon spécifique les adolescentes vulnérables et fragiles.

3. Avortement à risque

3.1 Définition de l'avortement

C'est l'**interruption** de grossesse avant la viabilité fœtale, habituellement considérée comme étant inférieure à 22 semaines d'aménorrhée à partir de la dernière période menstruelle normale.

Sur la base de ses causes, l'avortement peut être catégorisé comme :

- spontané ou fausse couche de causes naturelles ;
- provoqué ou avortement à risque: intervention visant à interrompre une grossesse non désirée, pratiquée par des personnes ne possédant pas les compétences nécessaires ou dans un environnement non conforme aux normes médicales les plus strictes.

Raisons d'avortement chez les adolescentes et les jeunes

- **Education** : la crainte d'être stigmatisée ou exclue de l'école ;
- **Facteurs économiques** : les adolescents et jeunes sont sous la responsabilité économique des parents et l'arrivée d'un bébé est considérée comme un fardeau ;
- **Condamnation sociale** : la grossesse chez une adolescente est considérée comme un échec pour la fille et ses parents, un motif de honte ;
- **Absence de relation stable** : cette raison est plus fréquente chez les adolescents que chez les adultes ;
- **Echec de la contraception** : l'utilisation de la contraception chez les adolescents et les jeunes est souvent faible. Lorsqu'ils sont utilisés, cela est souvent fait de façon incohérente et incorrecte à cause d'informations et de connaissances insuffisantes ;
- **Rapports sexuels forcé, y compris le viol et l'inceste** : une grossesse issue d'un viol ou d'une situation d'inceste ne peut être acceptée par la victime. La conséquence est très souvent la pratique d'un l'avortement, quelles que soient les conditions.

3.2 Conséquences de l'avortement à risque chez les adolescentes et jeunes

Bien que le risque de mortalité et de morbidité lié à l'avortement à risque soit élevé chez les femmes de tout âge, il est particulièrement élevé chez les adolescents et les jeunes. Les conséquences sont multiples et peuvent être qualifiées de médicales, psychologiques, socio-économiques et juridiques.

a. Conséquences médicales

Les données disponibles indiquent clairement que trois groupes de femmes courent un risque accru de mortalité due à un avortement à risque. Ce sont les femmes en bas âge, celles qui n'ont pas encore eu d'enfants et les femmes et les adolescentes de statut socio-économique inférieur. Les conséquences médicales d'un avortement à risque sont :

- infections : septicémie, tétanos, infection pelvienne, abcès, péritonite ;
- hémorragies : état de choc pouvant conduire à la mort;
- anémie ou aggravation d'une situation existante ;
- lésions d'organes : perforation utérine, perforation intestinale ;
- décès, infertilité, grossesses ectopiques, douleurs pelviennes chroniques, troubles sexuels, fistule vésico-vaginale.

b. Conséquences psychologiques

Les conséquences psychologiques sont moins bien documentées que les conséquences physiques, mais ne sont en aucun cas à négliger. Des problèmes psychologiques liés à l'avortement ont été fréquemment rapportés, en particulier chez les jeunes femmes enceintes pour la première fois. Il s'agit entre autres :

- sentiment de culpabilité qui va au-delà de l'avortement lui-même jusqu'à la culpabilité d'avoir eu des relations sexuelles ;
- sentiment d'échec en tant que femme appelée à procréer et non tuer ;
- regret pouvant conduire à la dépression ;
- aggravation des problèmes relationnels ;
- tentative de suicide.

c. Conséquences sociales et économiques

Les conséquences sociales et économiques de l'avortement à risque sont supportées par la fille elle-même, sa famille, la communauté et la société dans son ensemble. Les filles qui survivent peuvent faire face à une série de problèmes tels que:

- exclusion scolaire;
- ostracisme (expulsion) de la communauté;
- expulsion par leur famille ;
- obtention d'emploi mal rémunéré ;
- engagement précoce dans une union libre ;
- engagement précoce dans la prostitution;

- utilisation des ressources de la famille, parfois très insuffisantes, pour le traitement de la complication de l'avortement à risque ;
- perte d'investissement dans l'éducation des adolescents et des jeunes;
- perte de l'opportunité de contribuer de manière significative au développement de la nation ;
- emprisonnement ferme ou avec sursis.

d. Conséquences juridiques

A Madagascar les prestataires de services de santé devraient bien connaître les dispositions légales relatives l'avortement. La connaissance de la loi et de son interprétation est essentielle pour que les prestataires sachent non seulement ce que l'on attend d'eux, mais aussi qu'ils puissent informer et éduquer les adolescents, les familles et les communautés dans leur ensemble.

Les cadres juridiques régissant l'avortement provoqué (sont contenus dans 4 références (Articles en annexe) :

- Loi SRPF (Article 21, Article 27) , (Voir Annexes E, n°1)
- Code de la santé (Article 89)
- Code pénale (Article 317)
- Code de déontologie

Tableau 11: Conséquences juridiques des avortements à risque

Conséquences juridiques			
Sanctions	Prestataires	Adolescents et jeunes	Tierces personnes
Emprisonnement	X	X	X
Amende	X	X	X
Suspension ou incapacité absolue de l'exercice de leur profession	X		

3.3 Diagnostic de l'avortement à risque

Le diagnostic de l'avortement à risque chez l'adolescente n'est pas différent de celui chez la femme adulte.

Il faut penser à un avortement devant :

- Antécédents d'aménorrhée ou absence de règles plus de dix jours suite à un rapport sexuel non protégé sûrement dans la période féconde, chez une adolescente bien portante,
- Signes cliniques possible:
 - Saignement vaginal d'abondance variable en dehors des règles,
 - douleurs pelviennes,
 - maux de dos,
 - sensibilité à la pression abdominale,

- pertes vaginales nauséabondes
 - fatigue,
 - pâleur cutané- muqueuse,
 - fièvre,
 - frissons,
 - nausées, vomissements... ..
- Devant de tels signes, le toucher vaginal (TV) est obligatoire peut révéler :
- un col utérin entrouvert ou même ouvert,
 - un utérus augmenté de volume.
 - une perception de matériels abortifs au TV,
 - du sang et même des débris de produits abortifs sur le doigtier

3.4 Prise en charge de l'avortement à risque

La prise en charge de l'avortement à risque dépend de l'âge de la grossesse et de l'état de la patiente. Elle devrait être basée sur les principes suivants :

a. Faire l'évaluation rapide de l'état de la femme

Si la femme présente des signes de choc :

- Cerveau :anxiété, agitation, confusion, somnolence ou inconscience
- Peau :présence de sueur froide, extrémités froides
- Respiration:rapide
- Conjonctive :pâle
- Pouls : filant et rapide >100/minute (parfois “pouls bombant”)
- TA:baissée < 90 mmHg (signe tardive)
- Rein:faible débit urinaire

b. Prise en charge immédiate et intensive

→ **Traitement de la cause : deux causes majeures**

- hémorragie
- septicémie (Voir Annexes E, n°2)

→ **Traitement de l'avortement incomplet ou avortement inévitable**

- Si grossesse inférieure à 12 SA : traiter par misoprostol 400µg en sublinguale ou 600 µg par voie orale en prise unique
- Si grossesse entre 12 et 16 SA utilise l'AMIU
- Si grossesse supérieure à 16 SA :
 - attendre l'expulsion si possible
 - faire une révision utérine
 - perfuser si nécessaire 40 UI oxytocine dans un litre SGI à 5% à raison de 40 gouttes par minutes pour faciliter l'expulsion des produits de conception
 - ou évacuer tous produits restant de conception

→ **Transfert rapide de la patiente vers une formation de référence si la femme a besoin** d'un traitement au-delà de la capacité de l'établissement où elle est vue ; dans les formations sanitaires de premier niveau, les prestataires de services de santé devront être préparés et prêts pour organiser le transfert.

→ **Conseils et services de planification familiale après avortement :**

- informer, éduquer, conseiller sur la contraception (le moment est très favorable) car c'est la possibilité d'approcher des groupes qui normalement n'utilisent pas régulièrement les services;
- initier immédiatement la planification familiale (l'ovulation revient rapidement).

4. Contraception chez les adolescents et jeunes

4.1 Priorité de l'abstinence sexuelle

L'abstinence sexuelle reste le moyen le plus sûr et efficace pour la prévention des grossesses précoces et non désirées.

Pour les adolescents et jeunes non sexuellement actifs, qui n'ont pas encore fait de rapports sexuels, il faut donc reculer autant que possible les premiers rapports sexuels au moins après 18 ans surtout pour les jeunes filles. **La promotion de l'abstinence sexuelle est une activité importante pour les agents de santé, à inclure dans tout entretien ou sensibilisation des adolescents et jeunes.**

Dans le cas échéant, pour ceux qui sont déjà sexuellement actifs, le counseling pour l'adoption d'une méthode contraceptive s'avère nécessaire pour éviter la survenue d'une grossesse précoce non désirée ou la répétition d'une nouvelle grossesse.

4.2 Accès à l'information et éducation sur la sexualité et la contraception

La plupart des individus commencent l'activité sexuelle pendant la période de l'adolescence. C'est pour cela qu'il est important de faciliter l'accès des adolescents et jeunes à une information fiable en santé sexuelle et reproductive, y compris la contraception. C'est en ayant accès à l'information que les adolescents et jeunes seront mieux outillés pour une prise de décision responsable.

Beaucoup d'adolescents et jeunes manquent d'informations sur la contraception. De plus, les prestataires de services de santé ignorent plus souvent les besoins particuliers des adolescents et les services de contraception ne sont pas conçus pour répondre aux besoins des adolescents et des jeunes. En plus des problèmes biomédicaux, il est important que les prestataires de service de santé soient conscients des problèmes socioculturels plus larges qui affectent la capacité des adolescents et jeunes à obtenir et à utiliser des services de contraception. Les prestataires de services de santé ont un rôle clé à jouer pour résoudre ces problèmes et prévenir les conséquences d'activités sexuelles trop précoces et non protégées chez les adolescents et les jeunes.

Le partage d'informations seule n'entraîne pas de changement de comportement ; en tant que tels, les adolescents et les jeunes doivent avoir accès aux services de service de santé reproductive (SSR) et être à

l'aise avec ceux-ci. Encourager les parents et les enseignants à fournir des informations et une éducation sur la sexualité et les contraceptifs aux adolescents et aux jeunes est important. De plus, il est crucial de les informer où obtenir des services.

4.3 Définitions

La contraception est définie comme étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter ». (OMS).

Selon la Loi PF 2018, Chapitre Premier, Dispositions Générales, Article 2: « la contraception est l'ensemble des méthodes ou moyens employés pour prévenir les grossesses non désirées et espacer les naissances ».

La **planification familiale** ou le **planning familial** (PF) est l'ensemble des mesures qui concourent au [contrôle des naissances](#), dans le but de permettre à un couple ou à une femme d'espacer et de choisir d'avoir un enfant à un moment qui lui semble le plus opportun.

4.4 Avantages de la contraception pour les adolescentes

- Report de l'âge de la première grossesse ;
- Prévention des grossesses précoces et non désirées ;
- Prévention des infections sexuellement transmissibles y compris le VIH/SIDA ;
- Faible déperdition scolaire.

4.5 Méthodes de contraception pour les adolescents et jeunes

Les prestataires de service de santé doivent avoir :

- avoir d'une manière générale des compétences particulières en matière de contraception et plus particulièrement chez les adolescents.
- maîtriser les méthodes contraceptives adaptées aux adolescents.

Les méthodes contraceptives recommandées pour les adolescents(es) comprennent :

a. Méthodes de courte durée

- **Méthode des Jours Fixes (MJF) :** collier de cycle.
- Présentation

Le collier représente le cycle menstruel de la femme, chaque perle représente un jour du cycle. Le collier compte 32 perles avec 04 couleurs différentes. Les couleurs des perles aident la femme à connaître les jours où elle peut tomber enceinte. Un cylindre noir avec une flèche indique la direction suivant laquelle il faut déplacer chaque jour un anneau en caoutchouc noir.

→ Mode d'action

Il est seulement indiqué pour les femmes ayant des cycles menstruels qui varient de 26 à 32 jours. La connaissance des jours de fécondation au cours des cycles menstruels d'une femme aide le couple à éviter

la grossesse en modifiant son comportement sexuel durant cette période soit par abstinence, soit par utilisation des méthodes de barrière.

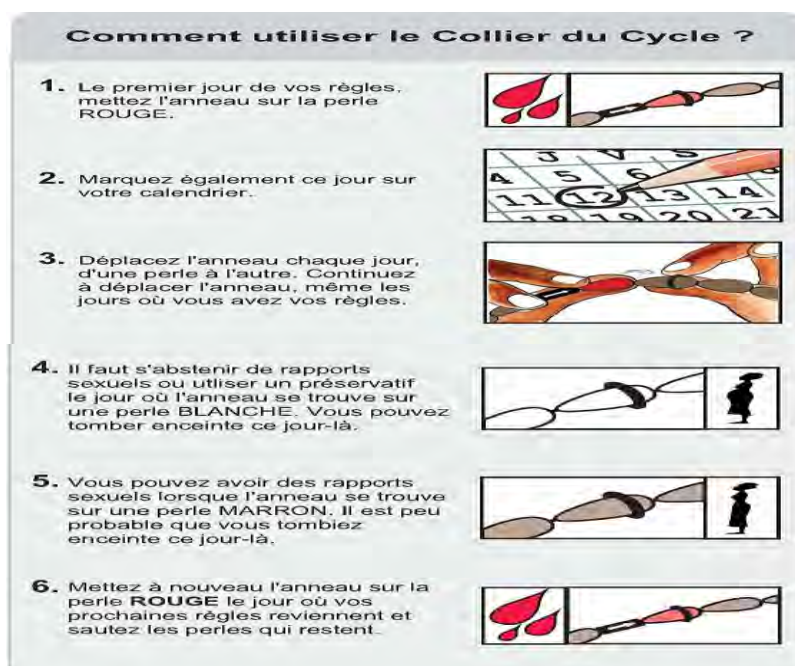


Figure 5: Utilisation du collier du cycle

Méthode barrière: préservatif

→ Définition

C'est une mince gaine en latex (caoutchouc synthétique) à mettre en place, avant le rapport sexuel pour recueillir et empêcher le sperme de se répandre dans le vagin. Il existe deux types de préservatifs : masculins et féminins.

→ Mode d'action

Les préservatifs empêchent les spermatozoïdes d'entrer en contact avec les voies génitales féminines et empêchent la transmission d'organismes pathogènes entre les partenaires. La particularité de l'utilisation des préservatifs réside dans le fait que les préservatifs fournissent une **Double Protection de par la prévention de la grossesse et des infections sexuellement transmissibles.**

✚ *Préservatif masculin*

Utiliser un nouveau condom à chaque rapport sexuel ;

Pincer l'extrémité du condom pour chasser l'air ;

Mettre le préservatif avant le rapport sexuel sur le pénis en érection, en le déroulant jusqu'à la base du pénis pour éviter que le préservatif ne glisse et que le sperme ne se répande ;

Lors du retrait du pénis après l'éjaculation, maintenir le bord du préservatif sur la base.

✚ *Préservatif féminin*

Utiliser un nouveau préservatif féminin à chaque rapport sexuel ;

Insérer le préservatif féminin juste avant le rapport sexuel ou 8 heures au plus, avant le rapport si la cliente le désire ;

Retirer le préservatif féminin immédiatement après le rapport sexuel avant de se lever : pincer et tourner l'anneau extérieur afin de maintenir le sperme à l'intérieur du préservatif, puis le retirer du vagin et l'éliminer ;

Ne pas employer d'huile de cuisson, d'huile de noix de coco, de graisse minérale vaseline, de lotion pour la peau, beurre, beurre de cacao, etc... La plupart de ces lubrifiants endommagent les préservatifs.

- **Méthodes hormonales**

- ❖ **Contraceptif oral combiné (COC)**

- Présentation

Les contraceptifs oraux combinés sont des pilules contenant de faibles doses de 2 hormones – un progestatif et un œstrogène – analogues aux hormones naturelles que contient le corps d'une femme : la progestérone et l'œstrogène. Les COC se présentent sous forme de plaquette de 28 comprimés dont 21 comprimés blancs actifs contenant des hormones et 07 comprimés bruns contenant du fer. On utilise les pilules œstroprogestatives **minidosés** qui contiennent **30 ou 35 microgrammes** d'éthinylœstradiol par comprimé.

COCS utilisés dans le cadre du Programme national de PF : MICROGYNON® : 0,030mg d'Ethinylœstradiol - 0,15 mg de Lévonorgestrel- 75 mg de fer.

COC utilisés dans le cadre du Programme de Marketing Social : PILPLAN® : 0,030mg d'Ethinylœstradiol - 0,15mg de Lévonorgestrel- 75mg de fer.

- Mode d'action

Action principale vise le blocage de l'ovulation. Par ailleurs, il y a épaissement de la glaire cervicale, rendant difficile le passage des spermatozoïdes, empêchement de la nidation.

- Mode d'emploi

La première prise doit se faire :

- dans les 5 premiers jours des règles, si la prise se fait après le 5ème jour, il faut adopter une méthode d'appoint pendant 7 jours ;
- immédiatement ou dans les 5 premiers jours du post-abortum ;
- à n'importe quel moment du cycle si on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte (utiliser la liste de contrôle pour écarter une grossesse).

Si vomissement dans les 2 heures qui suivent la prise de la pilule, prendre une autre pilule d'une autre plaquette. En cas de forte diarrhée ou vomissement de plus de 24 heures, utiliser une méthode d'appoint pendant 7 jours.

→ Que faire en cas d'oubli de pilule ?

Si la cliente a oublié de prendre la pilule, elle devrait la prendre dès qu'elle s'en souvient et continuer comme d'habitude ;

Si elle oublie trois pilules ou plus de suite, elle doit suivre les instructions spéciales, utiliser une méthode d'appoint pendant sept jours et ensuite, finir la plaquette comme d'habitude (voir ordinogramme page 39).

Si elle a eu des relations sexuelles dans les cinq jours après avoir oublié les pilules, elle devrait songer à la contraception d'urgence.

→ Effets indésirables

Effets indésirables mineurs :

- changement dans les modes de saignements notamment :
- hypoménorrhée, spotting, oligoménorrhée, aménorrhée ;
- nausées, étourdissements, céphalées légères, sautes d'humeur ou
- dépression, sensibilité des seins, prise pondérale légère, diminution de la
- libido.

Effets indésirables majeurs :

- hypertension artérielle ;
- extrêmement rares : accident vasculaire cérébral, accident thrombo-
- embolique, infarctus du myocarde.

❖ Contraceptif oral progestatif (COP)

→ Présentation

Les contraceptifs oraux progestatifs sont des pilules contenant de très faibles doses d'un progestatif comme la progestérone qui est une hormone naturelle dans le corps de la femme. Les COP se présentent sous forme de plaquette de 35 comprimés blancs. Les COP utilisés dans le cadre du Programme national de planification familiale : **MICROLUT® composé de lévonorgestrel 0,03mg par pilule :**

→ Mode d'action

Son action principale est l'épaississement de la glaire cervicale, rendant difficile le passage des spermatozoïdes. Entre autres il y a aussi blocage de l'ovulation dans environ la moitié des cycles menstruels et empêchement de la nidation.

→ Mode d'emploi

Avaler une pilule par jour ;

Prendre au même moment chaque jour, dans une plage de trois heures ;

Commencer la première plaquette le premier jour des règles et au plus tard le 5^e jour ;

Prendre les pilules sans interruption en respectant l'ordre : 1^{ère} pilule/1^{ère} prise et continuer en suivant la flèche ;

Commencer une nouvelle plaquette dès que l'on a terminé la précédente ; aucune pause n'est nécessaire.

→ Effets indésirables

• ***Effets indésirables mineurs:***

- changement dans les modes de saignement, notamment : aménorrhée,
- spotting, ménorragie, polyménorrhée ;
- céphalées, étourdissements, sautes d'humeur ;
- gênes et douleurs mammaires.
- douleurs abdominales, nausées.

• ***Effets indésirables majeurs :***

- hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral ;
- accident thrombo-embolique ;
- infarctus du myocarde, métrorragie.

❖ **Contraceptifs injectables (CI)**

→ Présentation

Les contraceptifs injectables sont des produits contenant une hormone progestative seule à effet prolongé. Les CI sont présentés sous forme de flacon ou ampoule avec une seringue autobloquante. Le Dépo Médroxy Progestérone Acétate (DMPA) qui est l'injectable progestatif le plus utilisé est également connu sous le nom de :

• **DEPO-PROVERA®**, **CONFIANCE®**, **présenté en flacon de 150 mg/1ml ;**

• **SAYANA® PRESS** : nouvelle formulation et présentation de Dépo-Provéra, utilisant la technologie d'injection d'Uniject, administré par injection sous-cutanée, une seringue pré-remplie, et autobloquante qui contient **104mg/0.65ml d'acétate de médroxyprogestérone.**

→ Mode d'action

L'action principale vise l'épaississement de la glaire cervicale, rendant difficile le passage des spermatozoïdes. Entre autres action, il y a blocage de l'ovulation, ralentissement le transport des gamètes dans les trompes de Fallope et rend aussi l'endomètre impropre à la nidation.

→ Mode d'emploi

C'est un produit qui protège la cliente pendant 13 semaines et qui doit être injecté en intramusculaire (DMPA-IM ou Dépo-Provera) ou en sous cutané (DMPA-SC ou Sayana Press) dans les 5 premiers jours du cycle. Si l'injection se fait après le 5ème jour, il faut adopter une méthode d'appoint ou s'abstenir pendant 7 jours.

→ Effets indésirables

Effets indésirables mineurs :

- changement du saignement menstruel : saignement irrégulier, spotting,
- métrorragie ou aménorrhée ;

- gênes et douleurs mammaires ;
- céphalées, saute d'humeur, nausées
- chute de cheveux
- diminution de la libido ;
- acné, gain de poids (1 à 2 kilos par an) ;
- perte de la densité osseuse.

Effets indésirables majeurs :

- accident vasculaire cérébral ;
- accident thrombo-embolique ;
- infarctus du myocarde.

b. Méthodes de longue durée

○ **Implants**

→ Présentation

Les implants constituent une méthode contraceptive de longue durée utilisant un progestatif analogue à la progestérone qui est une hormone naturelle dans le corps d'une femme et qui est diffusé lentement à travers de petits bâtonnets ou capsules en plastique, de la taille d'une allumette insérée sous la peau. L'implant utilisé dans le cadre du programme national de PF est **l'IMPLANON NXT®** avec une capsule contenant de Etonogestrel 68mg dont la durée d'action est de 3 ans.

→ Mode d'action

L'action principale vise l'épaississement de la glaire cervicale, rendant difficile le passage des spermatozoïdes. Entre autres action, il y a blocage de l'ovulation, ralentissement le transport des gamètes dans les trompes de Fallope et rend aussi l'endomètre impropre à la nidation.

→ Mode d'emploi

Il consiste en une insertion sous cutanée, sous anesthésie locale sur la face interne du bras non dominant de la femme.

→ Effets indésirables

- changements dans les modes de saignements : saignements plus légers (moins de jours), spotting, saignements irréguliers ou peu fréquents, aménorrhée ;
- maux de tête;
- étourdissements.
- douleurs abdominals ;
- nausées ;
- acné (peu s'améliorer ou s'empirer) ;
- seins endoloris.

○ **Dispositif Intra Utérin (DIU)**

→ Présentation

Le dispositif contraceptif intra-utérin (DIU) est un petit matériel ou dispositif flexible en plastique en forme de T contenant du cuivre : DIU au cuivre ou une hormone stéroïde (lévonorgestrel ou progestérone) : DIU hormonal. Il est placé dans la partie supérieure de l'utérus (fond de l'utérus) pour empêcher la grossesse. C'est un moyen de contraception de longue durée, d'une efficacité certaine, réversible, peu contraignant, d'une durée d'action allant de 5 ans pour le DIU hormonal à 12 ans pour le DIU au cuivre. Le **DIU au cuivre TCU 380** est utilisé actuellement dans le cadre du Programme National de Planification Familiale à Madagascar.

→ Mode d'action

Le DIU au cuivre diminue la motilité des spermatozoïdes les empêchant ainsi d'atteindre la trompe de fallope et de féconder l'ovule. Il empêche la nidation par réaction inflammatoire au niveau de l'endomètre.

→ Mode d'emploi

Le DIU peut être inséré à n'importe quel moment du cycle dans un utérus non gravide, mais il est prudent de pratiquer l'insertion au 5^e jour des règles si la cliente n'est pas enceinte et le col entrouvert facilite l'insertion, immédiatement après un avortement en l'absence d'infection.

→ Effets indésirables

- douleur lors de l'insertion ;
- saignements menstruels prolongés et abondants ;
- saignements irréguliers ;
- crampes et de douleurs au moment des règles.

c. Contraception d'urgence (CU)

→ Définition

Il s'agit de méthodes utilisées pour prévenir une grossesse non désirée suite à un rapport sexuel non ou mal protégé. Il existe deux méthodes de contraception d'urgence :

- la pilule contraceptive d'urgence (pcu) ou pilule du lendemain ;
- le dispositif intra-utérin (diu) au cuivre d'urgence.

○ **Pilule contraceptive d'urgence (pilule du lendemain)**

→ Mode d'action

Les pilules d'urgence au lévonorgestrel évitent la grossesse en empêchant ou en retardant l'ovulation. Elles pourraient également éviter la fécondation de l'œuf en agissant sur la muqueuse cervicale ou la capacité des spermatozoïdes à se fixer sur l'ovule ou empêcher l'implantation de l'œuf fécondé en induisant des modifications dans l'endomètre en le rendant impropre à la nidation. Lorsque le processus de nidation a déjà commencé, les pilules au lévonorgestrel ne sont plus efficaces.

→ Mode d'emploi

L'OMS recommande de prendre une pilule de lévonorgestrel pour la contraception d'urgence. Dans l'idéal, la pilule contraceptive d'urgence doit être donnée dans les **72 heures après un rapport sexuel non protégé, jusqu'à 120 heures**. Plus la pilule contraceptive d'urgence est prise rapidement après des rapports non protégés, plus elle sera efficace.

– En 1^{ère} intention : Lévonorgestrel 1,5 mg en une seule dose POSTINOR[®], NORLEVO[®] 1,5mg.

Autre possibilité, la femme peut prendre cette dose en deux prises de 0,75 mg espacés de 12 heures : NORLEVO[®] 750µg – PILL 72- PREGNON[®]- POSTINOR[®] 2.

– A défaut : combinaison de 0,03mg d'Ethinylœstradiol¹⁴ + 0,15mg de Lévonorgestrel²² (MICROGYNON : 4 comprimés en une prise, puis 4 comprimés 12 heures après).

○ **Dispositif Intra-Utérin d'urgence**

→ Mode d'action

Le DIU en cuivre TCu 380 est utilisé en contraception d'urgence. Son action est liée à la toxicité du cuivre sur les spermatozoïdes présents dans la cavité utérine ; cet effet empêche la fécondation de l'ovule libéré si une ovulation a eu lieu (effet préféertilisation). Le deuxième mécanisme d'action du DIU au cuivre est post-fertilisation, il s'agit d'une réaction inflammatoire au niveau de l'endomètre en réponse à la présence du cuivre en contact avec cet endomètre qui devient inadapté à l'implantation de l'œuf.

→ Mode d'emploi

En contraception d'urgence, l'OMS recommande d'insérer un DIU au cuivre dans les cinq jours suivant un rapport non protégé. Ce pourrait être la méthode idéale de contraception d'urgence pour une femme souhaitant une méthode contraceptive continue hautement efficace.

→ Effets indésirables

– changements dans les saignements menstruels, y compris :

- légers saignements irréguliers pendant 1-2 jour après la prise de la pilule contraceptive d'urgence ;
- règles qui surviennent plus tôt ou plus tard que prévu.

– dans la semaine après la prise de la pilule contraceptive d'urgence : nausées, douleurs abdominales, fatigue, maux de tête, seins endoloris, étourdissements.

– vomissements.

4.6 Critères d'éligibilité pour l'offre de services de contraception aux adolescents : Disque de l'OMS 2015

Pour pouvoir offrir en sécurité une méthode contraceptive, la consultation du Disque de l'OMS pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale est indispensable.

D'après ce Disque, les adolescentes en bonne santé sont médicalement éligibles à utiliser une des méthodes de contraception actuellement disponibles. L'âge seul ne constitue pas une raison médicale pour refuser toute méthode à une adolescente ou un jeune. Cependant, l'âge est un facteur social important à prendre en compte lors de l'examen de méthodes contraceptives irréversibles, telles que la stérilisation masculine ou féminine.

Il est également vrai que certaines inquiétudes existent quant à l'utilisation de certaines autres méthodes par les adolescents (par exemple, les pilules à base de progestérone seule), mais cela doit être équilibré avec les avantages d'éviter la grossesse. Bon nombre des critères d'éligibilité propres aux méthodes qui s'appliquent aux clients plus âgés s'appliquent également aux adolescentes et jeunes. Certaines affections, telles que les maladies de l'appareil circulatoire, qui peuvent limiter l'utilisation de certaines méthodes chez les femmes âgées, ne s'appliquent pas souvent aux adolescentes et jeunes, car elles sont rares dans cette tranche d'âge.

Au terme de la consultation de contraception avec des adolescents et jeunes, une méthode de contraception sera prescrite à la cliente selon son choix et son état de santé en ce moment précis. Le prestataire de service de santé prescrira la méthode choisie par l'adolescente en respectant la classification de l'état de la cliente selon les 4 catégories des directives d'éligibilité de l'OMS.

Tableau 12: Résumé des catégories des critères d'éligibilité médicale

Catégories	Description	Avec évaluation clinique	Avec évaluation clinique limitée
1	Aucune restriction d'emploi de la méthode	Utiliser la méthode en toute circonstance	Utiliser la méthode
2	Les avantages liés à l'emploi de la méthode, les risques théoriques ou prouvés, l'emportent en général sur les risques	En général, emploi possible de la méthode	Utiliser la méthode
3	Les risques théoriques ou prouvés l'emportent en général sur les avantages liés à l'emploi de la méthode	Emploi normalement déconseillé, sauf s'il n'existe aucune autre méthode à la fois indiquée, disponible et acceptable	Ne pas utiliser la méthode
4	Risque lié à l'emploi de la méthode inacceptable pour la santé	Méthode à proscrire	Ne pas utiliser la méthode

4.7 Considérations particulières pour les adolescentes en quête de contraception

a. Pour les adolescentes mariées

De nombreuses adolescentes en quête de contraception sont mariées. Leurs besoins contraceptifs sont similaires à ceux des adultes mariées, mais elles peuvent avoir d'autres besoins d'information particulières.

En ce qui concerne les questions de counseling, les adolescentes mariées peuvent être particulièrement préoccupées par leur retour à la fertilité après l'arrêt de l'utilisation d'une méthode. Celles qui désirent un retour rapide à la fertilité peuvent préférer éviter les injectables tels que le Depo Medroxy Progesterone Acetate (DMPA) qui peut retarder le retour à la fertilité.

Dans certains cas, les jeunes femmes mariées peuvent vouloir garder leur méthode contraceptive privée de leur conjoint ou de leur belle-famille. Elles peuvent également d'une façon consciente ou inconsciente être dans une relation où elles sont à risque d'infection sexuellement transmissible, y compris le VIH / Sida. C'est une question importante, mais souvent difficile à discuter et doit être faite avec sensibilité.

b. Pour les adolescentes non mariées

Pour les adolescentes non mariées qui recherchent des services de contraception, il est important de discuter de **l'abstinence**. Elles peuvent retarder l'activité sexuelle jusqu'à ce qu'elles soient plus âgées, et ainsi être mieux en mesure de faire face à ses implications sociales, psychologiques et physiques. Cela nécessite un engagement, une forte motivation et un contrôle de soi. Les adolescents(es) ont besoin de soutien et d'encouragement pour retarder les rapports sexuels.

Les adolescentes non mariées sont moins susceptibles de rechercher des services contraceptifs dans les établissements de santé parce qu'elles sont embarrassées ou ont besoin de services de santé reproductive et craignent que le personnel soit hostile ou critique ou que leurs parents puissent être blessés.

Les préservatifs peuvent être offerts aux jeunes filles qui rentrent déjà dans les activités sexuelles car ils offrent une double protection : prévention de la grossesse non désirée et protège contre les infections sexuellement transmissibles.

Les adolescentes ont besoin de sentir qu'elles sont respectées, que leurs besoins sont pris en compte, et qu'ils/qu'elles ont le droit d'utiliser la contraception si elles le désirent.

5. Soins offerts aux adolescentes pendant la grossesse et l'accouchement

5.1 Communication avec une adolescente ou une jeune fille enceinte

a. Comment mener l'entrevue:

- ne pas porter de jugement, il faut prendre conscience de la gêne par rapport à la sexualité des adolescentes et la surmonter ;
- encourager la jeune fille à poser des questions et lui dire que l'on peut aborder tous les sujets ;
- utiliser un langage clair et simple ;
- rappeler que l'entretien est confidentiel et que ça se déroule dans un cadre qui garantit l'intimité ;

- faire preuve de compréhension quant aux difficultés que les adolescentes éprouvent à parler de la sexualité (peur que les parents le découvrent, réprobation des adultes et de la société, etc.) ;
- se montrer réconfortant lorsque l'on aborde sa situation et lui demander si elle a des préoccupations particulières ;
- demander si elle vit avec ses parents ; si elle se confie à eux ; si elle vit en couple ; si elle est engagée dans une relation qui dure depuis longtemps ; si elle a subi des violences ou si on a abusé d'elle ;
- déterminer qui est au courant de sa grossesse – il est possible qu'elle ne l'ait pas dit ouvertement ;
- la rassurer au sujet de la puberté, quant au fait que la société accepte ou non sa grossesse, quant à la pression qu'elle peut subir de ses semblables, quant au fait qu'elle pourra nouer de nouvelles relations et quant aux préjugés et à la violence dont elle peut être victime.

b. Conseils à donner

- respecter les rendez-vous des consultations prénatales ;
- se préparer pour accoucher dans un centre de santé, il faut que la jeune fille comprenne pourquoi cela est important ;
- faire comprendre que la prévention des IST ou du VIH/SIDA est importante aussi bien pour elle-même que pour le bébé ;
- utiliser un préservatif pour chaque rapport sexuel s'il y a un risque d'IST ou d'infection par le VIH/SIDA pour elle et son partenaire
- donner des conseils sur la planification familiale pour retarder la survenue de la grossesse suivante.

5.2 Soins prénatals

Dans un continuum avec les soins de santé reproductive, les soins prénatals (SPN) constituent une plateforme pour fournir un paquet de services de manière holistique, dont la promotion de la santé, la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies.

Tableau 13: Huit Consultations Prénatales

Durant les 8 CPN	La première visite avant 12 semaines	2 et 3ème visites (13 à 24 SA)	4, 5 et 6ème visites (25 à 36 SA)	7 et 8ème visites à partir 37 SA
Buts	<p>Confirmer la grossesse et DPA,</p> <ul style="list-style-type: none"> - dépister, traiter et administrer les mesures préventives. - formuler un plan d'urgence et faire les préparatifs à la naissance. Conseiller. 	<p>Evaluer le bien-être maternel et fœtal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - exclure hémorragie et anémie. Dépister, traiter et administrer les mesures préventives si non fait au cours de la 1^{ère} visite - revoir et modifier le plan d'urgence et les préparatifs à la naissance. - conseiller. 	<p>Evaluer le bien-être maternel et fœtal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - exclure hémorragie, anémie et grossesses multiples. Prendre les mesures préventives et dépister les complications - revoir et modifier le plan d'urgence et les préparatifs 	<p>Evaluer le bien-être maternel et fœtal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - exclure hémorragie, anémie, grossesses multiples et mauvaise présentation. prendre les mesures préventives. - poser le pronostic de l'issue de l'accouchement - revoir et modifier le plan d'urgence et les préparatifs à la naissance. - conseiller.

			à la naissance. – conseiller.	
Activités				
Antécédents (demander, consulter le dossier de santé)	– Evaluer et prendre en charge les signes de danger. –Prendre les antécédents psychosociaux, médicaux et obstétricaux. –Confirmer la grossesse et calculer DPA. Classer toutes les femmes (dans certains cas après les résultats des tests)	– Evaluer et prendre en charge les signes de danger. Consulter les dossiers pour noter les complications précédentes et les traitements donnés pendant la grossesse. – Reclasser si nécessaire.	– Evaluer et prendre en charge les signes de danger. Consulter les dossiers pour noter les complications précédentes et les traitements donnés pendant la grossesse. – Reclasser si nécessaire.	– Evaluer et prendre en charge les signes de danger. Consulter les dossiers pour noter les complications précédentes et les traitements donnés pendant la grossesse. – Reclasser si nécessaire.
Examen (observer, écouter, palper)	Examen général et obstétrical complet, TA	Anémie, TA, croissance et mouvements du fœtus	Anémie, TA, croissance fœtale, grossesses multiples	Anémie, TA, croissance et mouvements du fœtus, grossesses multiples, mauvaise présentation
Dépistage et tests	Hémoglobine Syphilis IST et VIH ITuberculose Groupe sanguin/Rh* Bactériurie* Echographie obstétricale	Bactériurie* Protéinurie	Hémoglobine Bactériurie* Protéinurie VIH (si négatif) Syphilis (si négatif)	Bactériurie* Protéinurie Echographie obstétricale
Traitements	Syphilis IST ARV Bactériurie si indiqué*	ARV Bactériurie si indiqué*	ARV Bactériurie si indiqué*	ARV si recevable En cas de présentation par le siège, VCE ou référence pour VCE Bactériurie si indiqué*
Mesures preventives	Vaccination antitétanique Fer et folate+ Moustiquaire imprégnée d'insecticide	Antihelminthique** Vaccination antitétanique Fer et folate TPIg (à partir de 13 SA) ARV	Fer et folate TPIg (si plus d'un mois après la dernière dose) ARV	Fer et folate TPIg (si plus d'un mois Après la dernière dose) ARV
Education sanitaire et conseils de santé	Soins de soi-même Alcoolisme et tabagisme Nutrition Rapports sexuels sans risques PFPP Repos Utilisation de MII Plan d'urgence et préparatifs à la naissance	Plan d'urgence et préparatifs à la naissance Renforcement des conseils précédents PFPP	Plan d'urgence et Préparatifs à la naissance Alimentation du nourrisson Soins du post-partum / postnatal Renforcement des conseils précédents PFPP	Plan d'urgence et Préparatifs à la naissance Alimentation du nourrisson Soins du post-partum / Postnatal Renforcement des conseils précédents PFPP

5.3 Soins pendant le travail et accouchement

a. Soins à prodiguer pendant le travail : soins de soutien

Tableau 14 : Soins de soutien au cours du travail et accouchement

Thèmes	Soins
Communication	<ul style="list-style-type: none">▪ Expliquer à la patiente tout ce que l'on va faire, lui demander son autorisation et lui faire part des résultats :<ul style="list-style-type: none">– La GATPA : l'injection de l'oxytocine ;– Le contact peau à peau, immédiatement après la naissance, dans la salle d'accouchement ;▪ La progression du travail.
Hygiène	<ul style="list-style-type: none">▪ Encourager la patiente à prendre un bain ou une douche ou à se laver et à laver ses parties intimes au début du travail ;▪ Veiller à la propreté du lieu prévu pour le travail et l'accouchement ;▪ NE PAS faire de lavement.
Mobilité	<ul style="list-style-type: none">▪ Encourager la patiente à marcher à sa guise ;▪ Approuver la position qu'elle a choisie pour chaque stade du travail et de l'accouchement ; (couchée sur la gauche, accroupie, agenouillée, debout aidée par le compagnon).
Miction	<ul style="list-style-type: none">▪ L'encourager à uriner fréquemment. Lui rappeler de le faire toutes les deux heures.
Sustentation	<ul style="list-style-type: none">▪ Encourager la patiente à manger et à boire à sa convenance tout au long du travail.
Technique respiratoire	<ul style="list-style-type: none">▪ L'encourager à expirer plus lentement qu'à l'accoutumée, en soufflant et à se détendre à chaque expiration.
Soulagement de la douleur et de la gêne	<ul style="list-style-type: none">▪ Suggérer à la patiente de changer de position : l'encourager à bouger, à sa convenance ;▪ Encourager la personne qui l'accompagne :<ul style="list-style-type: none">– à lui masser le dos si cela peut l'aider ;– à lui tenir la main et à lui éponger le visage entre les contractions ;▪ L'encourager à se servir des techniques de respiration ;▪ L'encourager à prendre un bain ou une douche chaude(e), si possible.

b. Surveillance du travail et de l'accouchement

➤ **Premier stade de travail : phase active, à consigner sur le partogramme**

Vérifier :

- Toutes les 30 minutes
 - Si la patiente présente des signes d'urgence à l'aide du chapitre ERPCI
 - La fréquence, l'intensité et la durée des contractions ;
 - Le rythme cardiaque fœtal
 - L'humeur et le comportement de la patiente (en détresse, anxieuse)
- Toutes les 4 heures
 - La dilatation du col
 - La température
 - Le pouls
 - La tension artérielle

➤ **Deuxième stade du travail : accouchement**

Vérifier toutes les 5 minutes:

- si la patiente présente des signes d'urgence ;
- les bruits du cœur fœtal ;
- la fréquence, l'intensité et la durée des contractions ;
- l'humeur et le comportement de la patiente (en détresse, anxieuse) ;
- que le périnée s'amincit et se bombe ;
- que la tête fœtale descende pendant les contractions ;
- ne jamais laisser la patiente seule.

Lui dispenser les soins de soutien ;

Accoucher la patiente.

➤ **Troisième stade du travail: délivrance**

Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement (GATPA)

- Administrer 10 UI d'ocytocine en IM dans la minute qui suit la naissance, **après s'être assuré de l'absence d'un ou d'autres fœtus** (Si l'ocytocine n'est pas disponible, utiliser 600 µg de misoprostol par voie orale) ;
- Clamper le cordon ombilical et le sectionner une fois que les pulsations se cessent ou 2 à 3 minutes après la naissance du bébé ;
- Installer le bébé sur la poitrine de sa mère, peau contre peau ;
- Pendant les contractions utérines intenses, exercer une traction contrôlée sur le cordon, tout en stabilisant l'utérus, pour effectuer la délivrance du placenta.

6. Hygiène menstruelle

6.1 Situation de l'hygiène menstruelle à Madagascar

A Madagascar, l'hygiène menstruelle demeure encore un sujet négligé et sensible dans les familles et en milieu scolaire. A l'arrivée des ménarches, les adolescentes rencontrent de problèmes car la communication pour aborder ce sujet est encore délicate et difficile surtout en milieu rural. Elles n'obtiennent que peu d'explications et de conseils concernant la gestion de l'hygiène menstruelle. Non informées, elles vont faire une pratique inadéquate de leur hygiène menstruelle.

6.2 Définitions des ménarches

Les ménarches sont les premières menstruations ou premières règles. Elles apparaissent normalement à la puberté vers l'âge de 10-14 ans. Mais elles peuvent être plus précoces ou tardives selon la physiologie de la jeune fille.

6.3 Conséquences de la négligence de l'hygiène menstruelle

L'hygiène menstruelle négligée va entraîner plusieurs conséquences sur la vie de l'adolescente

- Conséquences médicales : mauvaise odeur, irritations, prurit, infections vaginales, IST.
- Conséquences sociales : indiscretion, moqueries et rejet de l'entourage.
- Conséquences psychologiques : honte, isolement, refus d'aller à l'école

6.4 Hygiène pendant la période des menstruations

La toilette intime est indispensable, parce qu'elle permet de minimiser la prolifération de bactéries potentiellement dangereuses pour la santé. Pendant la période des règles, la fille doit adopter une hygiène particulière, à savoir :

- laver les parties intimes (parties génitales externes) au moins deux fois par jour durant la menstruation pour éviter la propagation des microbes;
- laver tout le corps quotidiennement;
- changer de serviettes hygiéniques aussi fréquemment que possible suivant l'abondance de l'écoulement sanguin. Pour les écoulements minimes, il ne faut pas dépasser six heures au maximum;
- utiliser des serviettes hygiéniques individuelles et propres. Si elles sont en tissu, préférer le tissu coton, lavées et repassées.
- changer quotidiennement de sous-vêtements (slips, shorts...) en favorisant ceux en coton;
- toujours s'essuyer le devant des parties intimes vers l'avant et le derrière vers l'arrière;
- se laver les mains avant et après chaque changement de protection intime;

6.5 Implication de chaque niveau pour l'hygiène menstruelle

→ Implication des parents :

- Informer autant que possible que c'est un phénomène normal et naturel
- Conseiller sur les mesures d'hygiène

- Aider leur fille en lui fournissant les nécessaires (serviettes hygiéniques et slips propres, eau propre et lieu discret pour la toilette intime)
- Soutenir psychologiquement leur fille
 - Implication du milieu scolaire
- Adapter les infrastructures
- Eduquer les élèves à ne pas avoir des comportements négatifs vis-à-vis de leur camarade
- Introduire l'hygiène menstruelle dans le programme d'enseignement
 - Implication de la communauté
- Appuyer la sensibilisation, l'IEC en faveur de l'hygiène en général
- Promouvoir l'hygiène menstruelle
 - Implication des autorités locales
- Assurer l'adduction d'eau propre
- Favoriser l'accès aux informations

7. Cancer du col de l'utérus

Les tendances mondiales montrent qu'avec 528 000 nouveaux cas chaque année, le cancer du col utérin est le quatrième cancer le plus fréquent chez les femmes dans le monde. Il est également la quatrième cause la plus fréquente de décès par cancer (266 000 décès en 2012) chez les femmes²³. A Madagascar, l'incidence du cancer du col utérin est estimée environ à 16 pour 100 000 femmes²⁴. Avec une fréquence de 20 à 25%, le cancer du col se situe au deuxième rang des cancers vus dans le Service d'Oncologie HJRA, Il atteint des femmes de plus en plus jeunes.

Le virus responsable du cancer du col peut être contracté dès l'adolescence mais les manifestations de la maladie n'apparaissent qu'à l'âge adulte d'où l'importance de prévenir ce cancer dès l'adolescence. (Pour plus d'informations, voir l'histoire naturelle du cancer du col en annexe)

Ce thème aborde:

1. La définition du cancer du col de l'utérus
2. Les facteurs de risque du cancer du col de l'utérus
3. La prévention du cancer du col de l'utérus
4. Les principes thérapeutiques du cancer du col de l'utérus

1. Définition du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col utérin est une tumeur maligne due à la transformation et à la multiplication incontrôlée d'une cellule du col utérin, suite à une infection persistante par le Human Papilloma Virus (HPV) ou Virus

²³Centre International de Recherche sur le Cancer/ Globocan 2012).

²⁴Globocan IARC 2008

Papillome Humain (VPH). En évoluant, il peut endommager les organes avoisinants et même d'autres parties du corps humain à distance (métastases).

C'est un cancer sexuellement transmissible. Fréquemment, la femme développe le cancer du col, et les hommes sont des porteurs sains de HPV.

Facteurs de risque du cancer du col de l'utérus:

- relations sexuelles précoces ;
- partenaires sexuels multiples ;
- tabagisme ;
- existence d'autres IST chroniques, non ou maltraitées ;
- grossesses précoces ;
- grossesses nombreuses ;
- déficit immunitaire : les femmes séropositives au VIH courent un plus grand risque de modifications précancéreuses dans le col de l'utérus ;
- bas niveau socio-économique : promiscuité, comportements sexuels, malnutrition ; et manque d'intérêt pour le dépistage du cancer du col utérin.

2. Prévention du cancer du col de l'utérus

La prévention et la lutte contre le cancer du col utérin s'articule autour de trois volets. Il s'agit de:

- La prévention primaire cherche à protéger la santé et à prévenir l'apparition de maladie. Elle vise à réduire l'incidence de la maladie;
- La prévention secondaire cherche à déceler, détecter une maladie le plus tôt possible avant la manifestation des symptômes, de façon à pouvoir intervenir pour ralentir ou arrêter sa progression. C'est le dépistage précoce;
- La prévention tertiaire désigne les interventions visant l'arrêt de la progression de la maladie établie et le contrôle de ses répercussions défavorables.

2.1. La prévention primaire

La prévention primaire du cancer du col utérin consiste à :

a. Lutte contre les facteurs de risque

- sensibilisation
- hygiène sexuelle
- déconseiller la multiplicité des partenaires et la précocité des rapports sexuels
- lutte contre les IST : usage de préservatif, traiter toutes les infections
- lutte contre la multiparité : planification familiale
- lutte contre toutes les agressions du col notamment les avortements
- hygiène de vie
- lutte contre le tabagisme

b. Vaccination contre le Human Papilloma Virus (HPV).

Le vaccin est indiqué pour les filles âgées de 9 à 13 ans qui n'ont pas encore démarré leurs activités sexuelles.

2.2.Prévention secondaire

La prévention secondaire se fait à travers le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses. Le but est d'identifier de manière précoce toute éventuelle anomalie (modification cytologique, lésions précancéreuses du col, suspicion de cancer). Le dépistage peut être fait de manière organisée sous forme de campagne ou opportuniste sur proposition du prestataire de services de santé.

L'inspection visuelle utilisant l'acide acétique, le Frottis Cervico-Utérin (FCU) sont les techniques de dépistage fréquemment pratiquées à Madagascar.

2.3.Prévention tertiaire

La prévention tertiaire consiste en une prise en charge médicale, chirurgicale et psychologique de la patiente. Il s'agit d'assurer le traitement et les soins palliatifs.

La lutte contre le cancer du col nécessite l'approche globale recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé. Cette approche préconise la prévention jusqu'au dépistage et traitement. Il s'agit d'identifier les différentes opportunités pour offrir les interventions efficaces en tenant compte des composantes clés que sont : éducation communautaire, communication et mobilisation sociale, vaccination, dépistage, traitement et soins palliatifs. Une approche multidisciplinaire, multisectorielle et interministérielle est indispensable y compris la mobilisation des partenaires. Pour Madagascar, un plan stratégique pour la prévention et la prise en charge des cancers gynécologiques est déjà développée. La vaccination anti HPV pour les adolescents de 9 à 13 ans en milieu scolaire et 10 ans pour les fillettes non scolarisées a été introduite de 2013 à 2015 et la mise à l'échelle est une perspective.

3. Principes thérapeutiques de prise en charge du cancer du col

3.1. Traitement préventif

- Cryothérapie : traitement des lésions précancéreuses par le froid
- Cônisation : exérèse sous forme de cône de la lésion à l'aide d'un bistouri (pour les lésions non éligibles à la cryothérapie)
- Résection à l'anse diathermique (AD) : exérèse de la lésion à l'aide d'une anse diathermique ; appareil électrique (pour les lésions non éligibles à la cryothérapie)

3.2. Traitement curatif

C'est un traitement bien codifié nécessitant une concertation pluridisciplinaire.

- Chirurgie : exérèse de la tumeur et de ses extensions loco régionales
- Radiothérapie (radiations ionisantes):
 - Radiothérapie externe (source du rayonnement à distance du patient)
 - Curiethérapie (source mise en contact avec le tissu à traiter)
- Chimiothérapie: utilisation de médicaments

4.3 Soins palliatifs

C'est tout ce qui reste à faire quand on pense qu'il n'y a plus rien à faire :

- La prise en charge de la douleur
- Le traitement des infections, ...

MODULE F: VIOLENCES

Ce thème a pour but d'aider l'agent de santé à prendre conscience de sa responsabilité à informer toutes les entités concernées devant tout acte de violence et d'abus perpétré aux adolescents et jeunes.

Ce module traite:

1. les concepts et définitions sur la violence
2. les différences formes de violence
3. les facteurs de risque, les causes et les conséquences des violences
4. la prévention et de la prise en charge des violences

1. Définitions

Selon le rapport mondial sur la violence et la santé, la violence est définie comme l'utilisation intentionnelle de la force physique ou d'un pouvoir, sous la forme de menace ou réel, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, entraînant ou risquant fort d'entraîner la mort par blessure, le préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée.

La violence a de nombreux visages, dont certains sont très visibles et d'autres dont nous sommes à peine conscients. La violence est l'une des principales causes de décès chez les adolescents, en particulier les hommes.

La **violence chez les jeunes** est définie comme la violence qui survient entre des individus âgés de 10 à 29 ans qui ne sont pas liés et qui peuvent ou non se connaître, et qui se déroule généralement à l'extérieur de la maison.

Le **genre** fait référence aux rôles ; responsabilités, opportunités, privilèges ; limitations et attentes, liées aux garçons / hommes, filles / femmes dans une société souvent influencée par la culture, la religion et la tradition, l'histoire et les normes sociétales.

La **violence basée sur le genre** est une violence qui est perpétrée contre un individu en raison de ses rôles, attentes et normes de genre socialement prescrits. Alors que la violence basée sur le genre affecte largement les femmes et les filles en raison de leur statut socialement subordonné aux hommes et aux garçons, il est reconnu que les hommes et les garçons sont également victimes de violence en raison de leurs rôles ; genre et de leurs attentes liées à la masculinité. La violence basée sur le genre empiète sur les droits de l'homme des victimes / survivantes et renforce les inégalités entre les hommes et les femmes, laissant souvent à vie des cicatrices physiques et émotionnelles et entraînant parfois la mort. Autrement dit : *la violence basée sur le genre est tout acte qui entraîne ou vise à entraîner un préjudice ou une souffrance physique, sexuelle ou psychologique, à une femme parce qu'elle est une femme, à un homme*

parce qu'il est un homme, ou du fait de l'orientation sexuelle d'une personne, y compris la menace de tels actes, la coercition ou privation arbitraire de liberté, que cela arrive en public ou dans la vie privée.

La violence basée sur le genre est une menace importante bien reconnue pour la santé publique et les droits de l'homme dans le monde. La Déclaration de l'Assemblée Générale des Nations Unies, en 1993, sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes définit de manière générale tout acte entraînant ou susceptible d'entraîner des souffrances qui peuvent être physiques, sexuelles ou psychologiques, que ce soit dans la vie privée ou publique. La violence basée sur le genre est une manifestation des relations de pouvoir historiquement inégales entre les hommes et les femmes qui ont conduit à la domination des hommes, sur la discrimination contre les femmes et constitue un des mécanismes sociaux cruciaux par lesquels les femmes et les filles sont forcées dans une position subordonnée contrairement aux hommes et garçons. La violence contre les femmes et les filles survient à la maison, notamment au sein de la famille, y compris la violence conjugale, la violence sexuelle envers les adolescentes, les liées à la dot, le viol, les mutilations génitales féminines et autres pratiques traditionnelles contre les femmes et les hommes, violence conjugale, non conjugale la violence et la violence liées à l'exploitation. La violence est présente au sein de la communauté en général, y compris le mariage des enfants, l'enlèvement, le viol et les abus sexuels, le harcèlement sexuel et les débuts sexuels forcés, la traite des femmes et des filles et la prostitution forcée. Il se produit également au lieu de travail, l'école et le cyber espace prenant la forme d'intimidation, de discussion, de harcèlement, de débuts sexuels forcés et d'intimidation.

Le **mariage précoce** a été défini comme " tout mariage effectué avant l'âge de 18 ans, avant que la fille soit physiquement, physiologiquement et psychologiquement prête à assumer les responsabilités du mariage et de la maternité ". Dans les pays en développement, une fille sur trois est mariée avant l'âge de 18 ans. L'Afrique subsaharienne est l'une des régions où la proportion de filles âgées de 15 à 19 ans mariées ou vivant en union est la plus élevée. Neuf des dix pays ayant les taux les plus élevés de mariages d'enfants se trouvent dans la région africaine.

2. Différentes formes de violence

On estime que 565 jeunes entre 10 et 29 ans meurent chaque jour à la suite de violences interpersonnelles. De plus, pour chaque décès, on estime qu'entre 20 et 40 jeunes ont besoin d'un traitement hospitalier pour une blessure subie par la violence. En 2004, les taux de mortalité dus aux traumatismes dus à la violence interpersonnelle étaient les plus élevés dans la Région africaine et affecte beaucoup plus les garçons.

En 2013, dans 9 régions de Madagascar, on a recensé 217 cas sur 2.837 enfants victimes de maltraitance qui ont subi des coups et blessures volontaires ; 450 ont subi des violences sexuelles (dont 209 cas de viols enregistrés) ; 220 enfants ont subi des violences psychologiques et 295 enfants ont subi des négligences (MPPSPF). De tous ces faits, il est donc important de parler des violences basées sur le genre afin de mieux prendre en charge les victimes. Les adolescents courent un risque accru de subir tous les types de violence, y compris la violence sexuelle. Les différents types de violence auxquelles les adolescents sont exposés sont les suivants :

Violence psychologique : c'est une violence insidieuse, permanente qui cause des dégâts émotionnels importants, diminuent l'estime de soi et peuvent plonger l'adolescent ou le jeune en état dépressif voire suicidaire. Il s'agit de violences asymétriques où l'agresseur estime que son comportement est justifié par l'incompétence ou le comportement (réel ou supposé) de sa victime.

Violence verbale : elle est utilisée par l'agresseur pour contrôler, déstabiliser, humilier et détruire l'adolescent ou le jeune. Les mots expriment des reproches, critiques, humiliations, menaces envers l'adolescent... quel que soit le ton utilisé, l'agresseur cherche à effrayer, mettre mal à l'aise sa victime : cris, ton brusque, insultes.....

Violences physiques : elles sont les plus repérables car elles peuvent laisser des traces visibles. Elles correspondent à toute action qui met en danger l'intégrité physique ou la santé corporelle de la victime. La violence physique inclut une large gamme de services qui peuvent aller d'une simple bousculade à l'homicide : pincements, gifles, coups de poing, coups de pied, tentatives de strangulation, morsures, brûlures, bras tordus, agression avec une arme blanche ou une arme à feu. La séquestration n'est pas à exclure.

Violences sexuelles : ce sont des violences physiques et psychologiques peu exprimées car elles restent taboues. C'est la forme de violence dont les femmes ont le plus de mal à parler et pourtant elle est très souvent présente. La violence sexuelle comprend un spectre très large allant du harcèlement sexuel à l'exploitation sexuelle, en passant par le viol.

Violences économiques et patrimoniales : elles sont fréquentes et ont pour effet de réduire l'autonomie de la victime en la maintenant dans une dépendance financière. Certaines personnes peuvent se voir interdire ou refuser l'accès à des ressources économiques, à des opportunités de subsistance ou autres services sur la base de leur sexe, genre ou de leur orientation sexuelle.

Blessures involontaires sur la voie publique : elles sont des actes nuisibles qui ont eu lieu sans intention de causer des dommages à soi-même ou à autrui. Une grande proportion des blessures non intentionnelles se produisent dans ou autour de la maison et beaucoup de ces blessures se produisent à la suite de chutes, comme en bas des escaliers ou en utilisant une échelle pour réparer quelque chose. À part la maison, les blessures involontaires peuvent se produire à l'extérieur de la maison notamment sur la voie publique et les espaces récréatifs. Elles sont de plus en plus fréquentes chez les adolescents.

Pratiques néfastes : les mutilations génitales féminines sont une pratique néfaste qui consiste en toutes les procédures qui impliquent l'ablation partielle ou totale des organes génitaux féminins externes, ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pour des raisons non médicales.

Mariage des enfants : Le mariage précoce est une violation des droits humains des enfants. Bien qu'interdit par le droit international, il continue de voler des millions de filles de moins de 18 ans dans le monde dès leur enfance. Le mariage précoce empêche les filles de prendre des décisions vitales concernant leur santé sexuelle et leur bien-être. Le mariage des enfants varie d'un contexte à l'autre. Les solutions

doivent être locales et contextuelles. Le mariage des enfants prend racine dans les inégalités de genre, la pauvreté, les traditions, et l'insécurité. D'après le rapport de l'UNICEF sur la situation des enfants dans le monde publié en 2014, Madagascar (41,2%) fait partie des 10 pays aux taux les plus élevés de mariage de moins de 18 ans. Mais la prévalence est plus forte dans les Régions du Sud et du Sud-Ouest, avec plus 63% des filles en unions avant l'âge de 18 ans pour la Région du Melaky (Données de base UNICEF 2016, INSTAT/ENSOMD 2012).

3. Facteurs de risques, causes et conséquences des violences

3.1 Facteurs de risques et causes

La violence basée sur le genre est causée par une combinaison de multiples facteurs qui augmentent le risque que des hommes / garçons commettent des actes de violence et le risque qu'une femme / une fille subisse des violences.

Les **facteurs de niveau individuel** sont davantage des facteurs biologiques et personnels tels que : le jeune âge (mariage précoce), le niveau bas d'éducation, les expériences passées de violence et les attitudes de violence considérée comme comportement acceptable. L'exploitation sexuelle des filles et des garçons, des jeunes femmes et des jeunes hommes fait beaucoup de tort aux victimes et les rend particulièrement vulnérables à d'autres formes d'exploitation, et notamment à la traite de personnes. D'autres facteurs de risque contribuent également à cette vulnérabilité, comme des facteurs sociaux d'ensemble ou des facteurs communautaires, familiaux et individuels.

Les **facteurs relationnels** se concentrent sur la relation des femmes / filles avec la famille et leurs pairs. Voici quelques facteurs liés à la relation :

- Les hommes avec des facteurs multiples ;
- Disparités dans le statut d'éducation entre les partenaires ;
- Famille blâmant les filles à la place de l'homme pour violence sexuelle.

Les **facteurs au niveau de la communauté** tiennent compte de la relation sociale à l'école, au lieu de travail et dans le quartier. Les sociétés ayant des sanctions communautaires contre la violence ont les niveaux les plus bas de violence basée sur le genre en général.

Les **facteurs de niveau sociétal** prennent en compte les normes sociales et culturelles qui façonnent les rôles de genre. Une violence basée sur le genre est signalée, notamment la violence conjugale est signalée lorsque les hommes ont des pouvoirs économiques et décisionnels dans le ménage.

La **pauvreté** : face à la pauvreté, certaines familles poussent les jeunes filles à se prostituer ou encore à trouver des conjoints étrangers pour assurer la sécurité et le bien-être de l'ensemble de la famille. De ce fait, elles sont contraintes à une mobilité qu'elles n'ont pas choisie.

L'**addiction à l'alcool et à la drogue** : l'abus d'alcool et de drogue fait perdre toute capacité de discernement et rend violents ceux qui en consomment.

3.2 Conséquences de la violence basée sur le genre

Les conséquences de la violence basée sur le genre sont rapides et peuvent avoir de graves conséquences sur la santé de ceux qui en sont victimes. Cela peut inclure les conséquences physiques immédiates d'un acte violent, mais peut également inclure des conséquences à long terme sur la santé mentale.

Ces conséquences dépendent du type et de la gravité de l'incidence, mais peuvent inclure : les grossesses non désirées, le VIH/SIDA y compris les autres infections sexuellement transmissibles, voire la mort.

Le résultat social le plus important de la violence basée sur le genre est la stigmatisation et le blâme que la victime peut endurer, surtout après la violence sexuelle. Les survivants ressentent souvent une extrême honte et cette honte peut les empêcher de révéler leur maltraitance aux autres et de demander l'aide dont ils ont besoin, ce qui entraîne davantage de souffrance psychologique et émotionnelle et influence souvent le comportement de ceux qui devraient aider. Le survivant peut aussi être forcé de supporter d'autres violences à cause de la violence sexuelle - par exemple une jeune fille forcée de passer par l'initiation de la société secrète parce qu'elle n'est plus vierge.

Les violences ont des conséquences sur la santé physique, sur la psychologique, et sur la santé sexuelle et reproductive de la victime.

Tableau 15: Conséquence des violences chez les adolescents

Physiques	Psychologiques	Sexuelles et reproductives
<ul style="list-style-type: none"> ○ blessures: <ul style="list-style-type: none"> - ecchymoses, - hématomes, - rougeurs, - écorchures, - égratignures, - lésions, plaies. ○ fracture ; ○ maladies. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ dépression ; ○ stress post-traumatique ; ○ tentative de suicide ; ○ usage abusif de drogue, d'alcool. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ grossesses non désirées ; ○ naissances d'enfants mort-nés ; ○ avortements spontanés à répétition, provoqués à risque ; ○ infections sexuellement transmissible, dont le VIH ; ○ problèmes gynécologiques.

3.3 Causes et conséquences du mariage des enfants

Les causes du mariage précoce sont nombreuses, complexes et souvent liées les unes aux autres. Il s'agit de:

- l'inégalité des genres;
- la pauvreté ;
- les us et coutumes et pratiques traditionnelles;

- l'absence de législations protégeant les filles ou difficulté à faire appliquer les lois là où elles existent ;
- les situations de conflits, catastrophes ou urgence humanitaire ;
- faible niveau d'éducation des parents et des filles ;

Les conséquences sont nombreuses pour les filles mariées précocement, car elles sont mariées si jeunes, notamment parce qu'elles ne sont pas en mesure de terminer leurs études et courent un risque accru de grossesse précoce et d'accouchement avec complication. Les estimations montrent qu'environ 70 à 80% des naissances chez les adolescents se produisent chez des adolescents mariés. Les conséquences des mariages des enfants se présentent comme suit :

- **Violence et abus sexuels :** Les mariages précoces entraînent souvent violences et abus sexuels de la part du mari, et les relations sexuelles sont souvent forcées.
- **Risques pour la santé :** Il s'agit notamment des risques liés aux grossesses précoces, première cause de mortalité chez les 15 à 19 ans, mais aussi au VIH car, même si une fille a eu la chance de recevoir une éducation sexuelle, elle est rarement en capacité de négocier des relations sexuelles protégées.
- **Déscolarisation :** Une fois mariée, une fille est considérée comme adulte et est prise en charge par son mari. Elle n'a donc plus d'intérêt à aller à l'école. Les tâches domestiques et l'éducation des enfants ne leur en laissent de toute manière pas le temps. Pourtant, l'éducation des filles est le meilleur instrument de lutte contre la pauvreté. Une fille instruite met au monde moins d'enfants et, sensibilisée à l'importance de l'éducation, elle veille à ce que ses enfants aient une éducation de qualité et lutte ainsi à son tour contre le mariage précoce.
- **Perpétuation du statut inférieur des femmes et de la pauvreté :** Les mariages précoces maintiennent les filles dans leur statut inférieur à l'homme et ne leur permettent pas de sortir de la pauvreté. Il s'agit d'une situation injuste et d'un énorme potentiel perdu pour le développement des communautés et des pays.

4. Prévention et prise en charge des violences

La stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre donne les éléments clés relatifs à la prévention, prise en charge et référencement des cas de violence. Cinq axes stratégiques ont été définis par les acteurs nationaux œuvrant dans ce domaine :

- prévention des actes de violence ;
- réponse médicale, juridique et sociale ;
- réinsertion socio-économique des victimes de VBG et accompagnement psycho-social des auteurs ;
- coordination et suivi-évaluation;
- optimisation des résultats par la mise en place des mesures d'accompagnement.

4.1 Prévention

La prévention doit s'organiser à plusieurs niveaux à savoir :

- adoption et l'application des législations condamnant les violences de toute sorte ;
- le développement et la mise en œuvre des politiques et stratégies favorisant l'accès des adolescents et jeunes à l'information et à l'éducation ;
- encourager l'égalité des chances entre les filles et les garçons en termes de participation et prise de décision ;
- encourager les institutions dans la lutte contre les violences ;
- sensibiliser les adolescents et jeunes sur les droits humains, les lois et les sanctions, le genre, la lutte contre les violences, les services offerts, la traite des personnes et les méfaits du mariage des enfants ;
- impliquer les adolescents et les jeunes, notamment les garçons, dans la lutte contre les violences ;
- sensibilisation des parents, enseignant et des leaders communautaires sur les violences et les conséquences néfastes sur les victimes.

4.2 Paquet de la prise en charge

La prise en charge doit se faire de façon holistique sur le plan médical, psychologique, juridique, social et économique si possible. La prise en charge suit la même chronologie que ce soit un adolescent/jeune scolarisé ou non victime de violence ou d'abus.

Accueil d'une victime ou d'un survivant de violences sexuelles : L'accueil est déterminant dans la prise en charge des victimes de violences sexuelles. Il est donc primordial de chercher à comprendre la victime au mieux afin de dépister les symptômes qui peuvent découler des violences. Il victime de violences doit être accueillie avec bienveillance, il est important qu'elle soit écoutée et crue. Pour cela, il est nécessaire de : (i) s'assurer que la victime est hors de danger ; (ii) ne pas juger la victime ; (iii) comprendre la victime et de la reconnaître en tant victime. C'est pour cela qu'il faut prendre en compte la souffrance de la personne. Elle doit être soutenue, aidée et informée sur toutes les démarches à faire, sur ses droits et les lois.

Prise en charge médicale : elle est à privilégier en urgence devant toute personne victime ou survivant de violence ou d'abus sexuel. L'accueil des victimes doit se faire dans un environnement qui garantisse la confidentialité, l'écoute et l'information des démarches à suivre. Aucune démarche ne peut être entreprise sans l'accord de la victime. L'état émotionnel de la personne doit être pris en compte, et les décisions de la patiente ne doivent en aucun cas être influencées. Après l'interrogatoire, il faut avec l'accord de la victime procéder à un examen physique et des organes génitaux à la recherche de plaies, d'irritations, d'hématomes, de contusions, de déchirures. Il faut proposer un traitement en fonction des résultats de l'examen physique. Au besoin il faut proposer une prise de sang pour des examens complémentaires.

Prise en charge psychologique et soutien : Il est important que la victime bénéficie assez tôt du soutien psychologique. Il faut pour cela vite reconnaître les troubles psycho-traumatiques afin d'orienter la victime vers des spécialistes qui pourront évaluer les symptômes. Même si la victime ne souhaite pas consulter directement, il est primordial de lui donner les informations sur les psycho-traumatismes.

Prise en charge juridique : la décision de dénoncer son bourreau en porter plainte appartient à la victime. Pour cela, il faut l'orienter et l'aider dans les démarches administratives et juridiques. A Madagascar il faut aviser l'autorité juridique, l'assurance PASCOMA pour les adolescents scolarisés. Il ne faut pas oublier que devant tout acte de viol chez un mineur, la présence d'un adulte de la famille/tuteur/parents est nécessaire et obligatoire (pour la sécurité juridique de l'agent de santé).

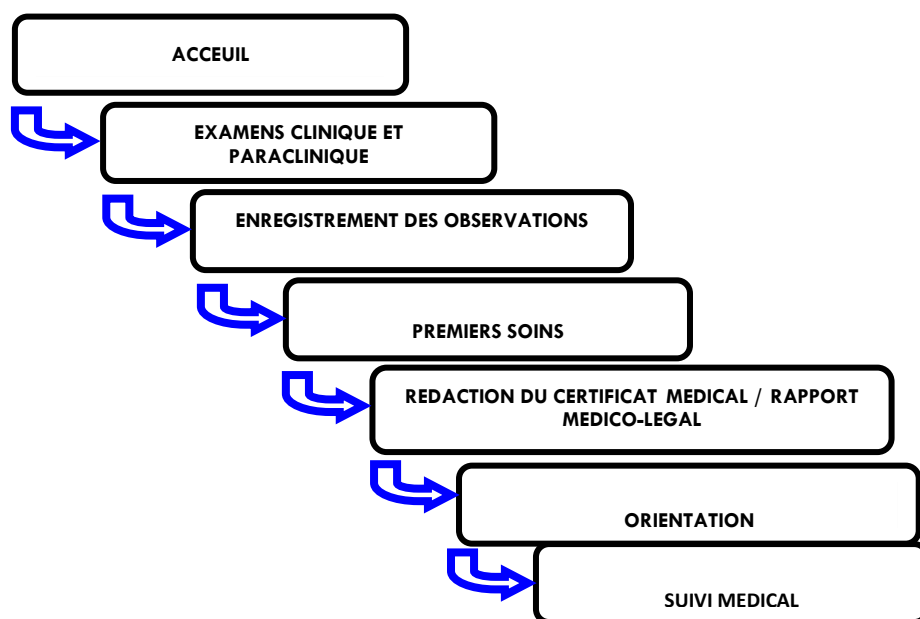


Figure 6: Etapes de la prise en charge médicale des violences sexuelles

MODULE G : INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET VIH/SIDA

Le présent module a pour but de renforcer les capacités des prestataires sur les infections sexuellement transmissibles (ISTs) et le VIH/SIDA.

Ce module aborde les thèmes suivants :

1. Les notions de base sur les infections sexuellement transmissibles (IST) chez les adolescents et jeunes ;
2. La prévention des infections sexuellement transmissibles ;
3. La prise en charge des infections sexuellement transmissibles ;
4. Les notions de base sur le VIH / SIDA chez les adolescents et les jeunes ;
5. La prévention du VIH/SIDA.
6. La prise en charge du VIH/SIDA chez les adolescents et jeunes

1. Notions de base sur les infections sexuellement transmissibles chez les adolescents et jeunes

Ces notions permettront de mieux comprendre la situation des ISTs, la définition et le mode de transmission, les facteurs favorisant et les conséquences des ISTs.

1.1 Situation des ISTs à Madagascar montre que :

- 2,8% des jeunes ont eu deux partenaires ou plus au cours des douze derniers mois ;²⁵
- Le taux des ISTs est de 4,2% pour les 15 à 24 ans ;¹
- 3,9% jeunes femmes ont utilisé un condom au cours des premiers rapports sexuels contre 5,3% chez les jeunes hommes.¹
- La prévalence des IST très élevée, 12% des garçons et 11% des filles ont au moins un signe d'IST²⁶.
- Face à la manifestation des signes d'IST : 66% des garçons et 48% des filles ont déclaré avoir fait quelque chose pour éviter d'infecter leur partenaire suite à l'apparition de signe d'IST et seulement 26% des deux ont notifié tous ses partenaires.²
- L'utilisation du préservatif est 14.2% pour les filles et 13.8 chez les garçons.

1.2 Définition et mode de transmission des Infections Sexuellement Transmissible(ISTs)

Les infections sexuellement transmissibles sont des infections transmises d'une personne à une autre par des rapports sexuels non protégés. Les autres modes de transmission comprennent : transmission de la

²⁵ EDSM IV 2008-2009

²⁶ Enquête de surveillance comportementale sur le VIH chez les jeunes, 2012 SE/CNLS

mère à l'enfant, la transfusion sanguine ou d'autres contacts avec le sang ou les produits sanguins ou contact peau contre peau.

1.3 Facteurs contribuant aux ISTs chez les adolescents et les jeunes

- **Caractère exploratoire des adolescents et des jeunes** : les adolescents et les jeunes ont des risques plus élevés d'exposition aux ISTs. Bien que l'exploration et l'expérimentation soient des éléments normaux du développement des adolescents et des jeunes, ils les rendent souvent vulnérables et les exposent à divers risques pour la santé. A mesure que les adolescents et jeunes expérimentent sexuellement, il leur est possible de s'adonner à des pratiques sexuelles à risque et d'augmenter leurs chances de contracter et de propager des ISTs.

- **Partenaires sexuels occasionnels multiples** : Dans de nombreuses régions de Madagascar, le mariage se produit souvent pendant l'adolescence et les relations sexuelles sont plus susceptibles d'être avec un partenaire multiple. Même si le fait d'avoir un partenaire régulier réduit le risque d'exposition aux ISTs, il est possible d'avoir été infecté en cas de polygamie et d'infidélité.

- **Les actes sexuels non planifiés et non préparés** : les relations sexuelles pendant l'adolescence sont souvent non planifiées et sporadiques, parfois même le résultat de la pression, de la coercition ou de la force. Une des pratiques accrues du comportement sexuel à risque élevé, par est le fait d'avoir des rapports sexuels avec plusieurs partenaires et / ou avec quelqu'un qui n'est ni un conjoint, ni un partenaire utilisant le condom.

- **Médicaments / substances / consommation d'alcool / abus** : l'abus de substances psychoactives ou l'expérimentation de drogues et d'alcool est courant chez les adolescents et les jeunes. Cela conduit souvent à des décisions irresponsables, y compris les rapports sexuels non protégés qui les exposent aux ISTs.

- **Facteurs biologiques** : les jeunes filles sont plus vulnérables que les jeunes garçons en raison de facteurs biologiques, sociaux, culturels et économiques. Les mécanismes de protection hormonaux ne sont pas encore complètement développés chez les adolescentes. Un mécanisme de défense muqueux inadéquat et une muqueuse immature du col aboutissent à une barrière médiocre contre l'infection.

- **Violence sexuelle / violence sexuelle entre partenaires intimes** : la violence et l'exploitation sexuelles, le manque d'éducation formelle, l'incapacité à négocier avec les partenaires sur les décisions sexuelles et le manque d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, sont tout autant des facteurs qui ensemble exposent les jeunes femmes à un risque particulièrement élevé.

1.4 Conséquences des infections sexuellement transmissibles chez les adolescents et jeunes

Les infections sexuellement transmissibles sont parmi les causes de maladie les plus courantes dans le monde et ont des conséquences sanitaires, sociales et économiques considérables. Les ISTs ont une importance en santé publique en raison de leur transmissibilité, de leur ampleur, de leur complication potentielle et de leur interaction avec le VIH / SIDA. Elles affectent la santé et le bien-être social des

femmes, des hommes, des adolescents et des jeunes de façon disproportionnée en produisant un impact significatif sur leur potentiel de reproduction.

En général, les conséquences à long terme des ISTs sont plus graves chez les adolescentes et les femmes. Les femmes et les filles sont moins susceptibles de présenter des symptômes. Par conséquent les ISTs évoluent sans être diagnostiquées jusqu'à ce qu'un problème de santé grave se développe. Les conséquences des ISTs contractées pendant l'adolescence et la jeunesse sont plus graves que chez les adultes. Ceci est particulièrement vrai dans le cas des adolescentes.

- Les adolescents ou les jeunes qui contractent la syphilis peuvent développer des lésions cardiaques et cérébrales si la maladie n'est pas traitée. La présence d'ISTs augmente également le risque d'infection par le VIH.
- Les ISTs peuvent être transmises d'une mère adolescente à son bébé pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale en cas de VIH. Les nourrissons dont la mère est atteinte d'ISTs peuvent avoir des bébés dont le poids à la naissance est faible, des accouchements prématurés et un risque accru d'autres infections, et leur progéniture pourrait souffrir de cécité.

2. Prévention des infections sexuellement transmissibles chez les adolescents et jeunes

La prévention des ISTs chez les adolescents et les jeunes se focalise surtout par une bonne formation, sensibilisation et l'éducation des adolescents avant que l'activité sexuelle débute ; qui leur permettant aussi de se protéger, d'avoir des informations sur les IST sur la façon d'éviter de contracter ces infections, d'avoir l'accès à des services de prévention et à des fournitures de préservatif (se référer au chapitre Compétence pour la vie).

La prévention des ISTs sont :

- le report de l'âge du premier rapport sexuel
- l'abstinence sexuelle
- la fidélité réciproque avec un partenaire
- l'utilisation appropriée et correcte des préservatifs

3. Prise en charge des infections sexuellement transmissibles chez les adolescents et jeunes

Les adolescents et les jeunes manquent souvent d'informations sur les services disponibles. Même s'ils ont cette information, ils hésitent souvent à demander de l'aide pour le diagnostic et le traitement, parce qu'ils craignent les réactions négatives des prestataires de services de santé, les coûts des services et aussi ne veulent pas être vus par des gens qu'ils connaissent.

Les ISTs peuvent être asymptomatiques, en particulier chez les adolescentes et les jeunes femmes. Les adolescents et les jeunes peuvent ne pas savoir qu'ils ont des ISTs. Les ISTs asymptomatiques et légèrement symptomatiques risquent de passer inaperçues lorsque les prestataires de services de santé appliquent l'approche syndromique pour le diagnostic et la prise en charge. Le prestataire doit procéder à un examen clinique

Les prestataires doivent chercher si l'adolescent a tenté un traitement contre les IST avant de venir à consulter.

Pour vaincre les réticences des adolescents et jeunes en matière de traitements des ISTs, le prestataire de soin de santé a un rôle à jouer à la fois en tant que prestataire de service et qu'acteur du changement au sein de la communauté.

3.1 Paquet de soins complets pour la prise en charge des ISTs chez les adolescents et jeunes

- Traitement médical efficace;
- Éducation à la réduction des risques ;
- Counseling incluant le test du VIH
- La recherche et la gestion des contacts ;
- Promotion et fourniture de préservatifs ;
- Assurer la gestion de suivi ;
- Soutien juridique et émotionnel.

3.2 Considérations pratiques pour la prise en charge des ISTs chez les adolescents et les jeunes

Il est crucial de garantir la confidentialité des clients adolescents et jeunes, de leur témoigner du respect et de ne pas porter de jugement. Les prestataires de services devraient reconnaître les droits des adolescents et des jeunes à l'information, aux conseils et aux services de santé, et se concentrer sur leur bien-être.

1. Etablir un bon rapport;
2. Prendre l'histoire de la maladie et faire un examen physique d'une manière sensible;
3. Arriver au bon diagnostic: évaluation des risques;
4. Communiquer le diagnostic et ses implications, discuter des options de traitement et fournir un traitement;
5. Faire le counseling et proposer le dépistage du VIH;
6. Faire des visites de suivi;
7. Promouvoir les rapports sexuels protégés
8. Conseiller la prévention des récidives / conseils de réduction des risques ;
9. Inciter la notification et prise en charge des partenaires.

3.3 Approche de la prise en charge des ISTs et soins complets pour les adolescents et les jeunes ayant des ISTs

Il existe généralement trois approches de diagnostics pour la prise en charge des ISTs:

1. **Etiologique:**
2. **Clinique**
3. **Syndromique**

L'OMS recommande l'utilisation d'une **approche syndromique** pour la prise en charge des ISTs. (voir annexes G2 : les avantages et les inconvénients de l'approche syndromique)

3.4 Algorithmes pour la prise en charge des ISTs

L'OMS a également mis au point des algorithmes simplifiés pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles. S'ils se sont révélés efficaces pour la prise en charge de certaines ISTs, il faut toutefois reconnaître leurs limites pour l'écoulement vaginal, en particulier dans la prise en charge des infections du col

Les syndromes les plus courants identifiés à Madagascar chez les jeunes sont :

- écoulement urétral
- ulcération génitale
- bubon inguinal
- écoulement vaginal
- tuméfaction du scrotum
- douleurs abdominales basses

(pour plus d'informations sur les algorithmes, voir annexe G3).

4. Notions de base sur le VIH/SIDA chez les adolescents et jeunes

Cette partie permettra de mieux comprendre la situation de l'épidémie, la définition, les modes de transmission, les facteurs favorisant l'infection et la vulnérabilité au VIH.

4.1 Situation de l'épidémie à Madagascar

Les comportements des jeunes sont à risques pour la transmission du VIH. Selon l'enquête comportementale chez les jeunes²⁷, la connaissance simultanée des 3 méthodes de prévention est relativement faible chez les adolescent et jeunes (6% des garçons et 8% des filles). Seuls 16% des jeunes ont déclaré avoir fait le test VIH. La prévalence du VIH chez les jeunes est de 0.22%²⁸. La prévalence du VIH est supérieure à 5% dans les groupes considérés comme les populations clés les plus exposées au risque d'infection par le VIH. Il s'agit de :

- 14,8% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) ;
- 8,5% chez les consommateurs des drogues injectables (CDI) ;
- 5,5% chez les professionnelles de sexe (PS).

4.2 Description du Virus de l'Immunodéficience Humaine et le SIDA

Le **VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine)** est le virus causal du SIDA, qui est une infection mortelle. Un test VIH positif ne signifie pas qu'une personne est souffre de sida ; cela signifie qu'il est

²⁷ Enquête de surveillance comportementale sur le VIH chez les jeunes, 2012 SE/CNLS

²⁸ Spectrum ONUSIDA 2016

infecté par le virus (VIH) et que les anticorps anti-VIH sont détectables dans le sang de cette personne. Le SIDA est un syndrome d'immunodéficience acquise :

- "acquis" en référence au fait que la personne est porteuse de virus ;

- "immunodéficience" signifie que le système immunitaire de la personne est affaibli contre les maladies infectieuses et non infectieuses.

- le mot "syndrome" décrit un groupe de symptômes indiquant un trouble particulier.

Le syndrome du SIDA est un ensemble d'infections ou de maladies qui surviennent parce que le VIH a endommagé le système immunitaire. Le SIDA est le résultat de la progression de l'infection par le VIH. Tous ceux qui sont infectés par le VIH ne souffrent pas tous du SIDA. Toute personne infectée par le VIH, même si elle semble en bonne santé ; peut transmettre le virus à une autre personne.

Le VIH ou Virus de l'Immunodéficience Humaine est un virus à ARN appartenant à la famille des rétrovirus. Il existe deux types de virus VIH :

- **VIH 1** : le plus répandu dans le monde et le plus sensible aux ARV disponibles actuellement.
- **VIH 2** : retrouvé surtout en Afrique Occidentale. Son évolution clinique est moins agressive.

4.3 Populations cibles et vulnérables au VIH

1. Les populations clé les plus exposés au risque au VIH sont :

- ✓ Les jeunes Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes (20% des HSH ont moins de 24 ans)²⁹ ;
- ✓ Les jeunes Consommateurs de Drogues Injectables³⁰: 76.8% des CDI ont moins de 24 ans. L'âge moyen des CDI est de 22 ans et l'âge médian est de 20ans ;
- ✓ Les jeunes TDS : 48.6% ont moins de 25ans³¹.

2. Les autres populations jeunes les plus exposés au risque au VIH sont :

- ✓ Les partenaires sexuelles (femmes) des HSH ;
- ✓ Les partenaires sexuels des CDI ;
- ✓ Les jeunes marginalisés dans les communes les plus vulnérables identifiées sur le territoire.

4.4 Les groupes jeunes vulnérables

- Populations allant de 10 à 24 ans ;
- Consommateurs d'alcool.

²⁹L'enquête comportementale chez les Professionnelles de sexe et les utilisateurs de drogues injectables sur le VIH, 2015 SE/CNLS

³⁰L'enquête comportementale chez les Professionnelles de sexe, 2016 SE/CNLS

L'enquête comportementale et biologique chez les Professionnelles de sexe et les utilisateurs de drogues injectables sur le VIH, 2016 SE/CNLS

³¹L'enquête comportementale et biologiques les utilisateurs de drogues injectables sur le VIH, 2016 SE/CNLS

4.5 Modes de transmission du VIH / SIDA

Le VIH est présent dans tous les fluides corporels, mais la transmission se fait par le sang, le liquide séminal, les sécrétions vaginales et cervicales et le lait maternel. Les principaux modes de transmission sont :

- rapports sexuels non protégés avec des personnes infectées: 80-90%;
- transmission de la mère à l'enfant
 - pendant la grossesse à travers le placenta (avant la naissance) : 5-10%;
 - pendant le travail et la livraison (au moment de la livraison) 10-15% ;
 - au moment de l'allaitement maternel (principalement par le lait maternel) 5-20% ;
- par contact avec du sang ou du liquide corporel infecté, un tissu ou un organe.

4.6 Facteurs de risque de l'infection à VIH

De nombreux facteurs contribuent à la propagation de l'épidémie. Voici quelques-uns des facteurs les plus dominants qui ont conduit à l'expansion de l'épidémie.

Facteurs comportementaux

- faible niveau de sensibilisation
- multiplicité des partenaires sexuels occasionnels;
- alcool et consommation de substances;
- faible utilisation du préservatif;
- réticence pour l'accès au traitement des IST, dépistage du VIH.

Facteurs socio-économiques et culturels

- stigmatisation et le déni;
- pauvreté et morbidité;
- pratiques culturelles néfastes;
- inégalité entre les sexes;
- situations de conflit;
- pression des pairs.

Facteurs biologiques:

- exposition au sang, aux sécrétions génitales et au sperme;
- ulcération génitale et les traumatismes pendant le contact sexuel;
- absence de circoncision chez les hommes;
- rapports sexuels pendant la menstruation, augmentant le risque d'une femme;
- présence des ISTs se manifestant par une ulcération au niveau des parties génitales;
- charge virale élevée;
- allaitement maternel par une mère séropositive;
- susceptibilité du receveur;
- inflammation ou ulcération des muqueuses génitales ou rectales.

Vulnérabilité des adolescents et jeunes face au VIH

La vulnérabilité est le fait de l'incapacité d'un individu ou d'une communauté à contrôler son risque d'infection par le VIH. Elle signifie que la personne ignore peut-être qu'elle s'est engagée dans un comportement qui l'expose au risque de contracter le VIH. La vulnérabilité augmente la probabilité d'effets négatifs sur la santé. Il existe des facteurs de risque sociaux et contextuels qui rendent de nombreux adolescents et jeunes vulnérables à l'infection par le VIH. Ceux-ci comprennent: les normes en matière de genre, les relations entre les différents groupes d'âge, la race et d'autres normes sociales et culturelles et le système de valeurs, la localisation et le statut économique.

Les principaux facteurs de vulnérabilité pour le VIH à Madagascar :

- pauvreté ;
- faible niveau d'éducation et d'accès à l'information ;
- pratiques traditionnelles favorisant les comportements à risque ;
- statut socioéconomique de la femme.

4.7 Impacts du VIH chez les adolescents et les jeunes

Les adolescents et jeunes diffèrent des adultes dans l'histoire naturelle de l'infection par le VIH et peuvent être différents les uns des autres en fonction de leurs antécédents (Transmission à la naissance par une mère infectée et infection des adolescents à travers les rapports sexuels non protégés ou par injection de drogues). Chez les adolescents et jeunes qui ont été infectés à la naissance et qui ont survécu jusqu'à l'adolescence, l'infection peut avoir une progression rapide ou une progression lente.

Impact de l'infection par le VIH sur le développement physique : Si l'infection par le VIH est assez avancée, l'adolescent ou le jeune peut subir un retard de développement physique, y compris les changements physiques de la puberté. Un adolescent vivant avec le VIH peut être de petite taille par rapport aux autres adolescents de son âge, soit en raison d'un retard de croissance tôt dans la vie ou d'un ralentissement de la croissance pendant l'enfance et l'adolescence. Cela peut conduire à un sentiment négatif de sa propre image et de la façon dont les autres regardent l'adolescent infecté.

Impact de l'infection par le VIH sur le développement cognitif : Les adolescents vivant avec le VIH, infectés lors de la période périnatale seront confrontés aux problèmes de retard de développement et d'apprentissage s'ils ne sont pas pris en charge assez tôt dans la vie. Cela peut entraîner l'échec et le décrochage scolaire. Cela augmente également les risques d'abus des adolescents (abus sexuels et émotionnels). Ils sont également exposés aux troubles mentaux comme la dépression, le trouble d'anxiété et l'hyperactivité.

Impact de l'infection par le VIH sur le développement psychologique et social : Les adolescents et les jeunes vivant avec le VIH sont plus enclins aux difficultés émotionnelles. La maladie peut empêcher les

adolescents infectés d'aller régulièrement à l'école, se faire des amis, pratiquer le sport et avoir des loisirs. D'autre part, la gestion d'une maladie chronique peut avoir un impact sur la santé mentale.

5. Prévention du VIH/SIDA chez les adolescents et jeunes

Cette partie permettra de mieux comprendre la notion de prévention combinée, le dépistage du VIH et le counseling des adolescents et jeunes.

5.1 Prévention

a. Prévention combinée

La prévention combinée du VIH utilise un mélange des méthodes et est susceptible d'être plus efficace lorsque différents points du cycle de transmission sont pris en compte. Il s'agit de la prévention du point de vue:

1. comportemental ;
2. biomédical ;
3. structurel.

Tableau 16: Prévention combinée du VIH

Interventions comportementales	Interventions biomédicales	Interventions structurelles
-Des efforts visant à accroître les connaissances sur le VIH /SIDA, le retard du début des rapports sexuels, la réduction du nombre de partenaires sexuels	- Veiller à ce que les adolescents et les jeunes aient accès aux services suivants : services de counseling et dépistage, PTME, services de prise en charge des ISTs, préservatifs masculins et féminins, Prophylaxie post-expositionnelle, Circoncision masculine médicale volontaire et traitement antirétroviral.	- Trouver des solutions pour les facteurs sociaux, juridiques, politiques et environnementaux essentiels qui contribuent à la propagation du VIH - Sensibilisation au niveau communauté et éducation.

b. Prévention de la transmission sexuelle

- Report de l'âge du premier rapport sexuel ;
- L'abstinence sexuelle ;
- Fidélité réciproque avec un partenaire ;
- Utilisation appropriée et correcte des préservatifs masculins ou féminins lors des rapports sexuels ;
- Prise en charge correcte et adéquate des infections sexuellement transmissibles (IST) et les infections anales ;
- Accès au conseil et dépistage du VIH.

Pour la plupart des adolescents et jeunes, les messages importants qui les protègent du risque de VIH sont les suivants : retarder les débuts sexuels, réduire le nombre de partenaires sexuels et utiliser les préservatifs de manière correcte et cohérente.

c. Prévention de la transmission sanguine

Il faut l'application des mesures de précautions standards : les précautions d'hygiène visant à assurer une protection systématique de tous les patients et du personnel vis à vis des risques infectieux.

- Promotion des seringues à usage unique
- Prévention du risque professionnel d'exposition au VIH en milieu hospitalier
- Sécurité transfusionnelle : le sang de transfusion doit être testé
- Proscription des manœuvres perforantes (tatouage, piercing.)

Dans les centres de transfusion sanguine :

- Sélection des donneurs de sang
- Dépistage systématique du VIH de toutes les poches de sang et de tous les produits sanguins
- Prescription rationnelle de la transfusion sanguine.

d. Prévention de la transmission mère – enfant

➤ **Prévention primaire**

- Sensibilisation des futurs parents sur la prévention de l'infection à VIH ;
- Counseling et dépistage volontaire du VIH ;
- Dépistage du VIH chez les femmes enceintes vues en CPN ;
- Pour une jeune femme enceinte de statut inconnu, informer sur le risque de la transmission du VIH pendant la grossesse et au cours de l'allaitement ;
- Encourager à se faire dépister ;
- Pour une jeune femme enceinte séronégative, encourager à garder son statut.

➤ **Prévention secondaire**

Réduction du risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant pour les femmes enceintes séropositives ;

- Prise de l'Antirétrovirale à vie ;
- Pratiques obstétricales non traumatisantes ;
- Alimentation sans risques des nourrissons : Allaitement Maternel Protégé Exclusif (AMPE) et alimentation sous ARV de la mère et enfant sous prévention ;
- Suivi de la mère et du bébé ;
- Traitement de lésion au niveau du sein de la mère et/ou de la cavité buccale de l'enfant ;
- Précaution lors du manœuvre traumatisant à l'accouchement (forceps, épisiotomie).

5.2 Dépistage du VIH chez les adolescent et jeunes

Le principe de dépistage doit suivre l'éthique et le principe juridique du « VOLONTARIAT » et « CONSENTEMENT ». Il faut toujours respecter la règle des cinq « C » lors du counseling VIH (voir annexe G4).

On donne du counseling systématique pour tout adolescent et jeune se présentant à l'établissement de santé avec des signes, des symptômes ou des pathologies évoquant une IST, une infection par le VIH, ou des infections opportunistes ou des manifestations cliniques persistantes ou mal expliquées ; telles :

- diarrhée inexpliquée supérieur à 3 semaines,
- candidose buccale,
- dysphagie, surtout si candidose buccale ou amaigrissement associés,
- tuberculose,
- toux avec dyspnée mal expliquée ou Infections pulmonaires à répétition,
- déficits neurologiques centraux,
- neuropathies périphériques et syndromes médullaires
- syndrome confusionnel et démentiel,
- lymphopénie, thrombopénie, neutropénie, anémie mal expliquée, etc....

5.3 Counseling VIH

a. Informations à fournir lors du pré-test

Il faut expliquer :

- bénéfices du dépistage ;
- significations du statut sérologique positif et négatif ;
- déroulement de dépistage (nécessité de 3 tests pour la notification de cas positif)
- services disponibles en cas de premier test réactif,
- risque d'avoir des résultats de dépistage incorrects si une personne est déjà sous ARV une brève mention sur la prévention et incitation du dépistage du partenaire ;
- confidentialité du résultat du test et toutes les informations concernant le client ;
- droit du client de refuser le dépistage. Décision qui n'affecte en rien son accessibilité aux différents services et soins du centre ;
- existence du risque potentiel du dépistage pour le client s'il y a une loi ou un fort degré de stigmatisation pour les PVVIH ou les personnes ayant de comportement à risques ;
- liberté pour le client de demander plus d'informations et/ou de poser des questions.

b. Counseling post-test VIH

C'est un entretien et relation d'aide entre le client et le conseiller pour porter le résultat à la connaissance du client, ou les étapes BERGER (annexe) doit être suivi. Le premier rôle du prestataire est de promouvoir les comportements à moindre risques.

- **modèle d'élimination du risque** : L'abstinence sexuelle, Ne jamais partager d'objets souillés ;
- **modèle de réduction du risque** : offre aux jeunes la possibilité d'avoir des activités sexuelles saines ; Le préservatif et la fidélité ;
- **modèle de limitation du mal** : Éviter toutes les pratiques qui ont un impact négatif sur la santé et qui favorisent les maladies opportunistes: adopter une vie positive sans alcool, drogue et tabac, utiliser des seringues stériles pour un client qui se drogue.

→ **Pour un résultat de test négatif**, le client doit être conscient qu'il dispose des atouts pour demeurer séronégatif et par conséquent doit renforcer son comportement pour réduire le risque. Le conseiller doit valoriser le client et le responsabiliser pour son résultat. Du fait de l'existence de la fenêtre sérologique, il faut le sensibiliser sur la nécessité de refaire un test de contrôle après un mois si le risque est élevé.

→ **Pour un résultat de test positif** :

- le rôle du prestataire est d'orienter et d'assurer la référence de l'adolescent ou jeune vers un centre de traitement de VIH pour le diagnostic définitif du VIH et le traitement en cas de statut sérologique positif au VIH ;
- S'assurer que le client a compris la signification du résultat. Expliquer la différence entre séropositivité et sida, les modes de transmission, la nécessité de ne pas être réinfecté par le VIH, les modes de non transmission ;
- Identifier ses besoins : le Cas de séropositivité symptomatique nécessite une référence immédiate, la nécessité de rester intégré dans son environnement social ;
- Orienter le client sur les comportements qui minimisent la transmission : la nécessité de l'utilisation des préservatifs, L'hygiène de vie, la nécessité de ne pas transmettre le VIH ;
- Lui présenter un plan de suivi médical, psychosocial : nécessité d'un suivi médical strict, nécessité d'une prise en charge psychosociale : Discuter de l'importance du partage du résultat avec la famille, le partenaire, et aborder l'existence des associations de personnes prenant en charge les PVVIH.

→ **Pour un résultat indéterminé** :

- soit en phase de séroconversion ou réaction croisée avec d'autres affections/infections auto-immunes ;
- attendre la réaction du client avant de continuer ;
- conseiller de refaire le test après 14 jours (pour trancher si VIH ou autres affections/infections auto-immunes) ;
- se comporter comme séropositive et prendre les précautions nécessaires pour éviter une éventuelle transmission ou infection jusqu'à l'obtention d'un résultat définitif.

5.4 Situations particulières : adolescents, chez les populations plus exposées

a. Counseling des adolescents

Impliquer les parents ou les tuteurs si possible (étant donné que l'adolescent n'est pas encore majeur).

- Aborder les questions relatives à la sexualité en prenant en compte de la vulnérabilité sexuelle à cette phase du développement ;
- Le consentement des parents OU tuteur avec le consentement de l'intéressé est nécessaire pour le dépistage des enfants de moins de 18 ans. (Article 8 de la loi 2005-040 du 20 février 2006).
- Se référer au module B

b. Counseling chez les populations plus exposées au risque au VIH

- Travailleurs de sexe : insister sur la réduction de risque et l'utilisation de préservatif masculin et féminin, la fréquence de dépistage.
- Homosexuel (HSH), travestis : l'utilisation préservatif et les risques liés aux rapports anaux
- Toxicomanes : autre voie de transmission VIH (sang, ...).
- Personnes vivant avec le VIH (PVVIH) : utilisation du préservatif, observance thérapeutique ARV, prise en charge psychosociale dont l'éducation.

6. **Prise en charge du VIH/SIDA chez les adolescents et jeunes**

Cette partie a pour but d'améliorer les capacités des prestataires de services de santé sur la prise en charge du VIH/SIDA. Elle permettra de mieux comprendre l'approche de soins et traitement des adolescents et jeunes vivant avec le VIH.

❖ **Approche des soins et du traitement des adolescents et des jeunes vivant avec le VIH**

Pour être efficace, le service aux adolescents doit:

- 1- être intégré avec d'autres services;
- 2- être adapté au développement;
- 3- être sensible aux besoins des adolescents infectés pendant la période périnatale et de ceux qui ont été infectés plus tard dans l'enfance ou l'adolescence;
- 4- encourager les adolescents à assumer la responsabilité de leurs propres soins de santé, de leur traitement et de vivre positivement;
- 5- mettre l'accent sur les soins et le traitement, ainsi que sur la rétention dans les soins;
- 6- compléter l'évaluation des soins:
 - dépistage et prise en charge des infections opportunistes ;
 - statut de grossesse, planification familiale et contraception;
 - soutien à la divulgation et à la notification aux partenaires;
 - réduction des risques, conseil et prévention combinée du VIH;
 - dépister et prendre en charge les problèmes de santé mentale et la consommation de substances;
 - accès au traitement antirétroviral et gestion des effets indésirables ;

- adhésion, observance, conseil et soutien psychosociaux;
- évaluation nutritionnelle et conseil;
- dépistage des ISTs;
- prévention du cancer du col de l'utérus
- prise en charge de la douleur et des symptômes
- psychothérapie, thérapie par le jeu, thérapie familiale, thérapie de groupe et groupe de soutien.

❖ **Voir en annexe sur:**

- **soutien à l'observance et à l'adhésion des adolescents et jeunes vivant avec le VIH** (annexe G 7)
- **avantages de l'observance et inconvénients de la non observance chez les adolescents et les jeunes vivants avec le VIH** (annexe G8)

MODULE H : NUTRITION DES ADOLESCENTS ET JEUNES

Le présent module a pour but de renforcer les capacités des prestataires sur les problèmes de nutrition chez les adolescents et jeunes ainsi que leur prise en charge.

Très souvent, les adolescents ont tendance à négliger leur alimentation pour diverses raisons, entre autres par la fréquentation de restauration rapide. Cependant, **l'adolescence est une période charnière de la vie** et cela est vrai, également dans le domaine nutritionnel.

Ce module aborde les thèmes suivants :

- la nutrition et les besoins nutritionnels pendant l'adolescence
- les différents types de malnutrition et leurs conséquences chez les adolescents
- l'évaluation de l'état nutritionnel de l'adolescent
- la prise en charge des adolescents et jeunes en difficultés nutritionnelles

1. Nutrition et besoins nutritionnels pendant l'adolescence

Cette partie permet de renforcer la connaissance du prestataire de services de santé sur la nutrition d'une manière générale et sur les facteurs affectant le statut nutritionnel des adolescents et jeunes.

Les besoins nutritionnels des adolescents sont énormes du fait d'une croissance et d'un développement accéléré, d'où la nécessité d'une attention particulière sur leur nutrition.

Une nutrition adaptée, des habitudes alimentaires saines et la pratique d'exercice physique sont, dès l'adolescence voire même l'enfance, les fondements d'une bonne santé à l'âge adulte. En effet, 50% du poids à l'âge adulte est gagné durant l'adolescence. Dès les premiers signes de puberté, la croissance s'accélère généralement grâce à l'effet des hormones sexuelles qui influencent parfois différemment les besoins en éléments nutritifs des filles et des garçons. Il est donc important d'éviter les problèmes nutritionnels par des conseils sur l'alimentation et la supplémentation en micronutriments. Il est aussi important de détecter et de prendre rapidement en charge et efficacement les problèmes nutritionnels chez les adolescents et jeunes.

1.1 Définition

La nutrition résulte de la capacité des organismes vivants à utiliser la nourriture pour:

- le maintien de la vie;
- la croissance;
- le fonctionnement normal des organes;
- la production d'énergie.

1.2 Besoins nutritionnels pendant l'adolescence

Pour bien grandir, maintenir un bon état de santé et se développer, l'adolescent a besoin d'une plus grande quantité d'énergie. Ainsi, les apports nutritionnels doivent être importants du fait des besoins en protéines, en glucides, en matières grasses, en vitamines et en minéraux qui s'accroissent aussi.

L'amélioration de la nutrition chez l'adolescent est un investissement pour la prévention des maladies chroniques chez l'adulte : maladies cardiovasculaires, cancers, l'ostéoporose et les maladies de la vue. Une bonne nutrition est essentielle pour les performances scolaires et aussi une opportunité pour prévenir les maladies citées plus haut et les complications liées à la grossesse.

En cette période de croissance, les besoins nutritionnels des adolescents sont importants et variés et l'alimentation devrait être équilibrée.

Les besoins se présentent comme suit :

- besoins élevés en protéines de synthèse; énergie, carbohydrates, indispensables pour la croissance et le développement de l'adolescent;
- besoins élevés en vitamines et en sels minéraux tels que: le fer; iode, le zinc, le calcium et le potassium pour le développement et la maturation sexuelle;
- besoins en fibre pour prévenir les maladies chroniques.
- et nécessité d'avoir une alimentation équilibrée (protéines ; glucides et lipides et micronutriments), saine et diversifiée;

Chez les filles

L'adolescence est la période exigeant plus d'énergie (calories) que toute autre, à l'exception de la grossesse et de l'allaitement. L'adolescente doit manger suffisamment pour déclencher et maintenir ses menstruations. Pour ce faire, le corps de l'adolescente doit avoir une réserve d'au moins 17 % de gras corporel. Le gras corporel joue un rôle important dans la production des hormones sexuelles féminines (œstrogènes). La composition du corps des adolescentes se transforme naturellement et celui-ci accumule de la graisse au niveau des hanches, des fesses, des bras et de la poitrine. Avec l'arrivée des menstruations, les besoins en **fer** augmentent considérablement chez les jeunes filles. Le fer perdu dans le sang des menstruations doit être repris dans les aliments consommés.

Le corps de l'adolescente a aussi besoin de **protéines**, pour les muscles, les tissus et les organes vitaux, et du **zinc**, un minéral essentiel à la production des protéines.

Les os grandissent aussi : plus de 40 % de la masse squelettique adulte se forme durant cette période. Le **calcium** et la **vitamine D** jouent alors un rôle important pour aider les os à croître et à se solidifier.

Chez les garçons

Les besoins en énergie sont encore plus grands, car leur masse musculaire prend davantage d'ampleur. Cette augmentation de la masse musculaire exige un plus grand volume sanguin et un nombre plus élevé de globules rouges, donc une consommation plus forte de **protéines et de fer**. Tout comme pour les jeunes filles, les besoins en **zinc et en calcium** des adolescents augmentent durant cette période.

Tableau 17: Quelques sources alimentaires de.....

Protéines et zinc	Fer	Calcium
Tofu	Tofu	Lait
Viande	Viande	Boisson de soja enrichie
Volaille	Volaille	Fromage
Poisson et fruits de mer	Fruits de mer	Yogourt
Légumineuses	Légumineuses	Légumineuses
Noix et graines	<u>Céréales à déjeuner enrichies de fer peu sucrées</u>	Amandes

Les adolescents peuvent donc puiser les éléments nutritifs (protéines, fer, zinc, calcium,) mais aussi pour presque tous les minéraux et les vitamines dont ils ont besoin dans leur alimentation, en augmentant la grosseur des portions qu'ils consomment et en évitant de sauter des repas.

2. Différents types de malnutrition et leurs conséquences chez les adolescents et jeunes

2.1 Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la malnutrition est un état de carence, d'excès ou de déséquilibres dans l'apport énergétique et/ou nutritionnel d'une personne.

Ce terme couvre 2 grands groupes d'affections. Le premier est la dénutrition, qui comprend le retard de croissance (faible rapport taille/âge), l'émaciation (faible rapport poids/taille), l'insuffisance pondérale (faible rapport poids/âge) et les carences ou les déficiences en micronutriments (manque de vitamines et de minéraux essentiels). L'autre comprend le surpoids, l'obésité et les maladies non transmissibles liées à l'alimentation (par exemple les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète et le cancer).

2.2 Types de malnutrition

Selon la classification dans le Cadre conceptuel de du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) :

- La sous-alimentation : insuffisance
 - ✓ Malnutrition protéino-énergétique (retard de croissance, état cachectique, faibles performances scolaires, idioties....);
 - ✓ Déficience en micronutriments (anémie, goitre, déficience en calcium).

- La sur-alimentation:
 - ✓ Obésité (surcharge pondérale importante, $IMC \geq 30 \text{Kg/m}^2$)

2.3 Conséquences de la malnutrition

- ❖ *L'insuffisance pondérale* représente la graisse corporelle appauvrie et / ou les réserves de tissus maigres. Bien qu'il n'y ait pas de directives pour classer l'insuffisance pondérale sur la base de l'indice de masse corporelle (IMC), l'Organisation Mondiale de la Santé définit l'insuffisance pondérale ou maigreur comme un IMC inférieur au 15ème percentile pour l'âge et le sexe.

Les conséquences de l'insuffisance pondérale chez les adolescents sont :

- le taux élevé de morbidité et de mortalité;
- les règles anormales, la sous fertilité et l'aménorrhée;
- le risque de complication de la grossesse et de mauvais résultats pour le fœtus, y compris la prématurité et le faible poids de naissance;
- le retard du début de la puberté chez les adolescents et les adolescentes ;
- la fatigue, le manque d'énergie et la susceptibilité aux l'infections.

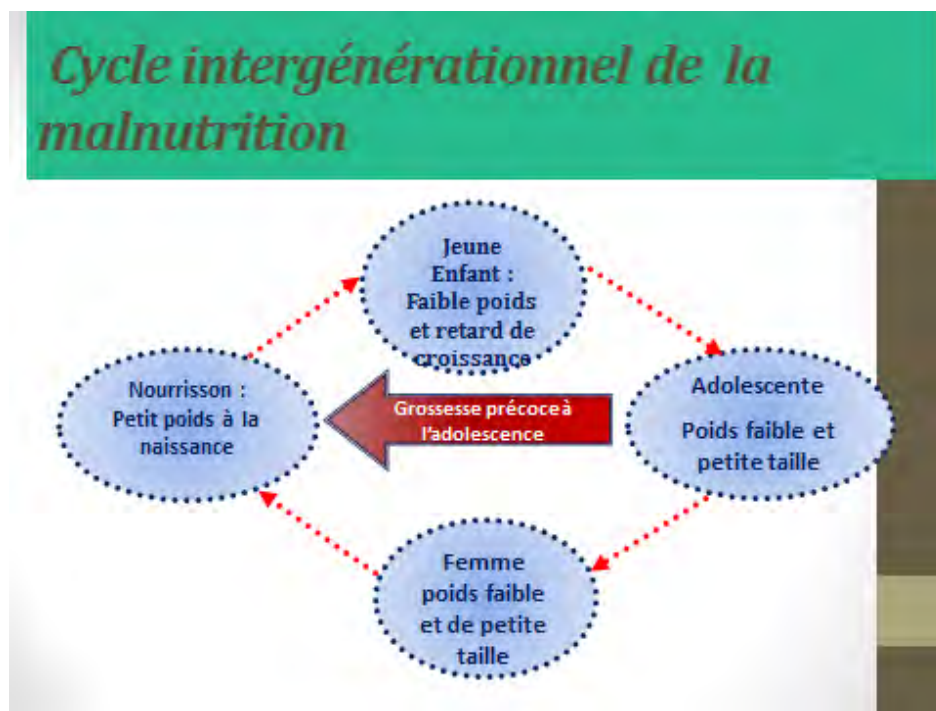


Figure 7: Cycle intergénérationnel de la malnutrition

Les déficits énergétiques ne sont pas seulement dus à l'insuffisance d'apport, mais peuvent être occasionnés aussi par l'utilisation excessive d'énergie, entre autres la pratique de sport intense. Ces déficits auront des répercussions sur le développement de l'adolescent, d'autant plus que l'entraînement est intensif : d'où amaigrissement, retard de croissance, retard pubertaire, aménorrhées et autres troubles hormonaux. Ils sont également source de fatigue qui est un signe d'alarme chez l'adolescent sportif.

Certaines disciplines sportives sont particulièrement exposées au risque de carence d'apport énergétique : les sports à risque, les sports à catégories de poids, les sports à composante esthétique (gymnastique, danse), les sports à forte représentativité corporelle (lancer, rugby, endurance).

❖ *Carences en micronutriments*

Les adolescents, en particulier les filles, ont un risque accru de développer une carence en fer, car le corps a besoin de plus de fer lorsqu'il croît rapidement et lorsque des pertes sanguines fréquentes se produisent pendant les menstruations. La carence en fer se produit généralement lorsque l'apport en fer alimentaire ne peut pas répondre aux besoins requis et les réserves de fer dans le corps sont épuisées afin de soutenir la demande physiologique du corps. Les besoins en fer sont plus élevés chez les garçons pendant le pic de développement pubertaire en raison d'une plus grande augmentation du volume sanguin, de la masse musculaire et des myoglobines.

Les conséquences des carences en fer comprennent :

- la diminution de la capacité aérobie maximale ;
- la diminution des performances athlétiques et du rendement scolaire ;
- la faible endurance et diminution de la capacité de travail;
- le problème de régulation de la température;
- la fonction immunitaire déprimée;
- le taux accru d'infections;
- le fonctionnement de la cognitive avec facultés affaiblies et mémoire;
- la croissance et développement compromis;
- l'augmentation de l'absorption du plomb et du cadmium
- le risque accru de complications de grossesse et de prématurité et retard de croissance fœtale.

❖ **Surpoids et obésité**

L'obésité est un trouble du métabolisme énergétique impliquant des réserves excessives de tissu adipeux (graisse corporelle) qui peut être associée à une morbidité médicale ou psychosociale. La prévalence ainsi que la gravité de l'obésité chez les adolescents augmentent à un rythme alarmant, ce qui en fait l'un des problèmes de santé les plus graves affectant ce groupe d'âge.

Les conséquences de l'obésité entraînent l'induction aux maladies chroniques telles :

- le diabète (résistance à l'insuline et hyperinsulinémie; diabète de type II sucré);

- l'hypertension (niveaux élevés de cholestérol LDL et de triglycérides et abaissement du taux de cholestérol HDL; athérosclérose, dépôt important de la graisse au niveau de l'artère aortique et coronaire)
- les calculs biliaires,
- la stéatose hépatique,
- l'hépatite
- l'asthme et
- la dysfonction menstruelle.
- A l'inverse, **les excès d'apport énergétique** conduisent au surpoids, même lorsqu'il y a activité sportive, d'où prise de poids, avec des répercussions éventuelles sur le squelette et la statique. Cette prise de poids est parfois souhaitée, dans les sports d'opposition à un adversaire.
- **Facteurs qui affectent la nutrition chez les adolescents**
 - *Disponibilité de la nourriture* : le faible accès à la nourriture conduit souvent à la sous nutrition ;
 - *Perceptions socioculturelles* : les tabous alimentaires, les disparités du genre, les croyances culturelles et pratiques ;
 - *Perceptions personnelles* : image corporelle ;
 - *Accès facile à la nourriture* : restaurants rapides, magasins de nourritures ;
 - *Rôle des masses média et de la publicité* ;
 - *Sédentarité* ;
 - *Inactivité physique* ;
 - *Grossesse* ;
 - *Usage des substances psychoactives*.

3. Evaluations de l'état nutritionnel

Il est important de déterminer l'état nutritionnel de l'adolescent pour savoir son statut nutritionnel et prendre action.

La méthode d'évaluation de l'état nutritionnel validée par l'Organisation Mondiale de la Santé pour déterminer une insuffisance ou un excès de poids chez les adolescents et jeunes est l'Indice de Masse Corporelle (IMC). L'IMC est un indicateur plus fiable que le poids pour évaluer l'état nutritionnel d'un adolescent ou un jeune. Il permet d'évaluer les risques de santé liés au surpoids et ou à la maigreur.

L'IMC repose sur la simple mesure du poids par rapport à la taille au carré :

$$\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \text{Poids (kg)} / \text{Taille (m}^2\text{)}.$$

Grâce à des études, des seuils ont été ensuite établis pour évaluer les zones à risque, notamment des maladies cardiovasculaires.

Tableau 18: Interprétation de l'IMC se fait selon les critères définis par l'organisation Mondiale de la Santé

IMC (poids/taille au carré)	Interprétation d'après l'OMS
Moins de 16,5	Dénutrition
16,5 à 18,5	Maigreur
18,5 à 25	Corpulence normale
25 à 30	Surpoids
30 à 35	Obésité modérée
35 à 40	Obésité sévère
Supérieur à 40	Obésité morbide ou massive

Les indices à connaître

- **IMC** : Indice de masse corporelle = poids/taille au carré
- **IMG** : Indice de masse grasseuse estime la proportion de tissus adipeux d'un adulte.
- **IMG = (1,2xIMC)+(0,23xage)-(10,8xS)-5,4 = %**. (Âge en année, le sexe S égale à 1 pour un homme et à 0 pour une femme). Ce calcul est non valable pour l'enfant <15ans, l'adulte >50 ans, la femme allaitante et la personne amputée même musclée.

4. Prise en charge des adolescents et jeunes en difficultés nutritionnelles

La prise en charge des problèmes de nutrition chez l'adolescent ou le jeune se fait à travers une approche intégrée de services ou de programmes. Il faut s'assurer de l'efficacité des interventions sur la malnutrition, et les cas de déficience. Un accent particulier doit être donné sur les groupes à risque élevé : adolescente enceinte, adolescent vivant avec le VIH.

Etapes de prise en charge de l'adolescent ou un jeune en difficulté nutritionnelle

- Demander les habitudes alimentaires de la famille au repas quotidien ;
- Donner des informations sur les aliments et leur rôle respectifs ;
- Boire de l'eau potable au moins 1,5l par jour ;
- Demander à la mère de décrire la corpulence de ses enfants et si possible, les voir en consultation ;
- Demander quel genre de sport physique pratique son enfant
- Donner un exemple de recette diététique pour les repas journalier (Voir Annexe H5) et l'inciter à modifier leur mode d'alimentation. On peut solliciter la mère à préparer un repas à emporter pour les enfants et non de l'argent ;
- Encourager la mère à revenir après avoir expérimenté ;
- Encourager les parents et adolescents à avoir un régime alimentaire équilibré et diversifié ;
- Pour les adolescentes enceintes, augmenter les apports alimentaires quotidiens pendant la grossesse.

Il faut traiter en urgence les complications telles que : la déshydratation, l'anémie, l'hypertension et les autres conditions.



Figure 8. Apports alimentaires quotidiens pendant la grossesse

Rôles des aliments

Il est important d'expliquer à l'adolescent, au jeune et aux parents l'importance d'une bonne alimentation et les rôles des aliments pour le développement corporel, ainsi que son impact sur la santé et les résultats scolaires.

- Fruits et légumes : apportent les vitamines, minéraux et fibres (indispensables, et peu caloriques); prévention de l'obésité
- Féculents (riz, pain, farine, maïs, pommes de terre, légumes secs ...) : fournissent l'énergie vitale au corps
- Laits et produits laitiers : contiennent le calcium indispensable pour grandir et avoir des os solides
- Viande, poissons, œufs : donnent des protéines qui sont des substances indispensables pour entretenir la peau, muscles, organes comme le cœur et le cerveau
- Viande et poissons : apportent le Fer mieux absorbé que celui des œufs
- Matières grasses : fabrication de l'enveloppe des cellules indispensables au fonctionnement du corps. Très caloriques donc consommation en petites quantités
- Boissons : hydratent les cellules et assurent la bonne circulation du sang

Conseil : boire de l'eau au lieu de boisson sucrée qui est calorique et favorise la carie dentaire

Une alimentation variée

Une alimentation variée devrait fournir chacun des 7 éléments :

- **Aliment de base** : il s'agit généralement de céréales (riz, maïs, blé, sorgho) ou de racines (manioc, patate douce), qui fournissent des féculents. Ils sont la principale source d'énergie

- **Aliments d'origine animale** (viande, poissons, œufs) : ils sont riches en protéines de bonne qualité, en fer et en zinc. Le foie contient de protéines de bonne qualité et de vitamine A, mais ne contient pas de fer.
- **Produits laitiers** : le lait, le fromage et le yaourt sont des sources de calcium, de protéines, d'énergie et de Vitamines Bs.
- **Légumineuse** : comme les petits pois, pois du cap, haricots, lentilles arachides et soja sont riches en protéines et en fer. Il faut aussi consommer des aliments riches en vitamine C (tomate, citron, fruits, légumes verts) afin d'augmenter l'absorption du fer.
- **Fruit et légumes de couleurs jaunes/orange** (carotte, potiron, citrouille, mangue, papaye ...) ou vert foncé (brèdes, épinards, feuille de manioc) : ils sont riches en carotènes, les carotènes sont des précurseurs de la vitamine A, c'est-à-dire des formes inactives de vitamines A que le corps peut convertir en forme active.
- **Les huiles et graisses végétales et animales** sont des sources de vitamines et des concentrés d'énergie.
- **Du sel iodé.**

Préparation et préservation des micronutriments

1. Bien laver les légumes avant de les éplucher ou de couper. Par la suite éviter de les tremper trop longtemps dans l'eau de lavage ;
2. Les préparer et les consommer le plus rapidement possible après la cueillette ;
3. Ne pas découper les brèdes et légumes en très petits morceaux ;
4. Eviter les excès de bouillon/jus dans les plats traditionnels (soupe, ron'akoho, ron'anana) ;
5. Consommer l'eau de cuisson des légumes et des feuilles cuits ;
6. Les préparations à base de légumes cuits sont à consommer immédiatement ;
7. Utiliser suffisamment d'huile dans les préparations à base de légumes riches en vitamines A pour que l'organisme puisse en profiter au maximum ;
8. Dans les préparations utilisant à la fois la viande et les légumes, attendre que la cuisson de la viande soit suffisamment avancée avant d'ajouter les légumes.

NB : Pour les obèses, conseiller des exercices physiques en plus des menus proposés

Conclusion

L'adolescence est une période de croissance intense avec des besoins élevés en matière de nutrition. Le faible poids, la déficience en fer et le surpoids sont des problèmes les plus rencontrés chez l'adolescent. L'évaluation de l'état nutritionnel est la première étape dans la chaîne des interventions.

L'indice de masse corporelle est la mesure recommandée pour l'évaluation. Les conseils et l'éducation nutritionnelle peuvent aider l'adolescent dans l'adoption d'une alimentation saine et équilibrée. La communication pour le changement, la supplémentation en fer, le traitement des affections parasitaires et du paludisme sont des interventions efficaces dans la prévention de l'anémie ferriprive.

Les annexes H vous fourniront d'autres précisions sur la nutrition des adolescents et jeunes (Annexe H1 à H5)

MODULE I : CENTRE DE SANTE AMI DES JEUNES (CSAJ)

Le présent module a pour but de renforcer les capacités des prestataires sur l'offre des services adaptés aux besoins spécifiques des adolescents et jeunes et la gestion d'un CSAJ :

1. Définition et critères de labélisation d'un 'Centre de santé ami des jeunes' (CSAJ)
2. Justification d'un CSAJ
3. Gestion d'un CSAJ

1. Définition et critères de labélisation d'un Centre de Santé Ami des Jeunes

Un Centre de Santé Ami des Jeunes (CSAJ), doté d'un personnel compétent en prise en charge adaptée aux adolescents et jeunes, est un centre de santé dont les services de santé répondent aux besoins spécifiques des adolescents et des jeunes.

L'OMS recommande que ce centre soit accessible, acceptable, équitable, approprié, efficace et abordable aux adolescents et jeunes.

Tableau 19: Caractéristiques d'un CSAJ³²

Caractéristiques	Significations
Accessible	Les adolescents sont en mesure d'obtenir les services fournis.
Acceptable	Les services de santé sont dispensés d'une manière qui réponde aux attentes des adolescents (de sorte qu'ils souhaitent les obtenir).
Équitable	Tous les adolescents, et non seulement certains groupes, sont en mesure d'obtenir les services de santé dont ils ont besoin.
Approprié	Les services de santé fournis sont ceux dont les adolescents ont besoin.
Efficace	Les services de santé appropriés sont fournis d'une façon adaptée et contribuent de manière positive à la santé des adolescents.
Abordable	Les coûts des prestations sont à la portée des adolescents ou les familles.

A cet effet, Madagascar dans son Plan Stratégique National en Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes 2018-2020 (ou PSN SRAJ 2018-2020, MSANP, 2018) énumère les 15 critères (nommés points) de labélisation d'un « Centre de Santé » pour être « Ami des Jeunes ».

³²OMS, Consultations des experts en 2001- 2002

Tableau 20: Labélisation des centres de santé³³

Label	Score
Centre de santé classique	0 à 7 points
Centre de santé potentiellement ami des jeunes	8 à 14 points
Centre de Santé Ami des Jeunes	15 points

Les 15 points (critères) correspondent à :

- 4 points sur la fréquentation des adolescents et jeunes au centre
- 5 points sur la compétence des prestataires de santé à prodiguer des services adaptés
- 4 points sur l'attractivité de l'établissement de santé
- 2 points attestant le soutien communautaire

	CRITERES	INDICATEURS
I. Etablissement de santé		
1	 Mettre à disposition de tous les adolescents et des jeunes des services de qualité (prévention, prise en charge, diagnostic, traitements et services de soins)	Disponibilité de gamme de service (médicaments, intrants, fournitures, équipement et matériels et des technologies nécessaires) Affichage de prix de service
2	 Proposer un ensemble d'informations, de conseils, répondant aux besoins de tous les adolescents et des jeunes	Existence de mécanismes de référence /continuum des soins et d'actions de proximité Existence de plan de masse et /ou des plaques de fonction
3	 Offrir un environnement accueillant, propre et garantit le respect de la vie privée et de la confidentialité.	Heure de réception pratique pour les jeunes, salle de réception respectant la confidentialité visuelle et/ou auditive
4	 Disposer des données désagrégées par âge en vue de l'amélioration de la qualité.	Collecte, analyse et exploitation des données ventilées par âge et par sexe sur l'utilisation des services Affichage et suivi de graphique sur la performance du centre pour son exploitation
2. Prestataires de services		
5	 Les prestataires ont les compétences techniques nécessaires pour prodiguer des services de santé efficaces aux adolescents et aux jeunes.	Prestataire formés en SRAJ, interactions cliniques avec les jeunes et dans leur expertise technique (avec au minimum un service de counseling, ou PF, ou CPN, accouchement ou CPoN, ou prise en charge IST/VIH).
6	 Les agents de santé et le personnel d'appui respectent et protègent le droit des adolescents à l'information, à la vie privée, à la confidentialité, à la non-discrimination et agissent en conséquence.	Personnel du centre, y compris le personnel administratif et le personnel d'appui, sont formés sur l'accueil des jeunes et le programme sur le Centre de Santé Amis de Jeunes.
7	 Le personnel de l'établissement de santé prend part à l'amélioration continue de la qualité.	Tenue de réunion régulière sur l'Amélioration Continue de la Qualité (ACQ) dans le centre de santé sur base des résultats de performance (suivi et analyse des données)
8	 Les jeunes ont libre accès aux services offerts	Réception des jeunes sans aucune contrainte, ni de la part du prestataire ni de la famille

³³PSN SRAJ 2018-2020, MSANP

Tableau 21: Critères de labélisation d'un CSAJ (Source : PSN SRAJ 2018-2020, p. 27-28)

du centre pour son exploitation		
2. Prestataires de services		
5		<p>Les prestataires ont les compétences techniques nécessaires pour maintenir des Prestataire formés en SRAJ, interactions cliniques avec les jeunes et dans leur expertise technique (avec au minimum un service de counseling ou</p>
3. Adolescents et Jeunes		
10		<p>Les adolescents et les jeunes connaissent leur propre santé et savent où et quand faire appel aux services de santé.</p> <p>Existence du programme d'information, d'orientation et d'éducation des adolescents et des jeunes sur la SSRAJ au niveau communautaire.</p>
11		<p>Les adolescents et les jeunes connaissent l'existence et la disponibilité de l'offre de services qui leur sont destinés.</p> <p>Disposition des supports IEC ciblant les adolescents et les jeunes (affiches, de brochures, etc.) ou collaboration avec des sensibilisateurs communautaires (AC ou autres)</p>
12		<p>Les adolescents et les jeunes participent et prennent part à la planification, au suivi et à l'évaluation des services de santé, ainsi qu'aux décisions concernant leurs propres soins.</p> <p>Existence de mécanisme d'implication des adolescents et des jeunes dans la programmation ou la collecte de leur avis pour l'amélioration de la qualité des services</p>
13		<p>Les adolescents et les jeunes sont satisfaits et obtiennent ce qu'ils attendent dans les services offerts.</p> <p>Les adolescents et les jeunes fréquentent le centre et peuvent parler de tous les sujets qui les intéressent aux prestataires.</p>
4. Communauté		
14		<p>La communauté appuie le programme de la mise en œuvre du CSAJ.</p> <p>Le comité de santé ou les personnes qui ont une influence sur le comportement des adolescents et des jeunes sont informés et appuient dans la création de demande sur la SSRAJ et le CSAJ. Existence de la connexion du centre avec la communauté desservie (AC, comité de soutien, etc.)</p>
15		<p>Les services sont promus dans la communauté et dans des endroits où les adolescents et les jeunes se rassemblent (écoles, clubs de jeunes, centres de loisirs, etc.) en vue d'une création de la demande</p> <p>Tenue des activités communautaires de promotion et d'orientation des adolescents et des jeunes à utiliser le CSAJ</p>

2. Pourquoi un CSAJ ?

2.1 Faits à Madagascar (ENSMOD 2012-2013)

- il y a 10 décès maternels par jour: pendant la grossesse, autour de l'accouchement ou lors de l'accouchement
- 26 enfants sur 1000 nés décèdent avant d'atteindre leur première année.

Selon les recherches effectuées:

- 48,3% des jeunes de 18 ans ont eu des rapports sexuels. 5,4% d'entre eux sont enceintes de leur premier enfant, et 42,9% ont au moins un enfant.
- 33,3% des femmes de 15 à 49 ans font un planning familial.

La promotion des offres de service adaptées aux jeunes (y compris les jeunes parents) contribuerait à la réduction du taux de décès maternel et néonatal à Madagascar. Les jeunes doivent être orientés sur ce qu'il faut faire et prennent leur responsabilité sur leur santé et celle de leurs postérités afin de les rendre responsables de leur bien-être de leurs descendances. Ils éviteront ainsi une grossesse non désirée, une grossesse précoce, des grossesses peu espacées et une grossesse trop tardive. Ils sont également encouragés à venir au centre de santé pour les autres services de santé.

Le CSAJ fait partie des solutions aux problèmes de fréquentation des jeunes à un centre de santé.

2.2 Interactions cliniques entre un adolescent et l'agent de santé³⁴

Rappel :

L'important sur l'accueil d'un jeune client (adolescent) qui est assez particulier, nécessite beaucoup de tact.

3. Soyez conscients que vous êtes devant une personne potentiellement préoccupée par les transformations de son corps et qui a besoin d'écoute. Elle peut avoir du mal à exprimer ses préoccupations.
4. Pour établir une relation de confiance avec un(e) adolescent venu à la FS, rassurer le/la que vous tenez en secrets votre conversation qui pourrait être effectivement sensible. Même pas ses parents ne sauront rien, sauf une autorisation expresse de sa part.
5. Cerner sa préoccupation en commençant par des questions les moins dérangeantes (pas directement sur ses activités sexuelles). Prendre le temps de se familiariser avec lui. Enfin, utiliser la troisième personne pour lui poser une question sur les activités de ses pairs ou de ses amis, puis lui demander sa pratique. Au lieu de 'êtes-vous sexuellement actifs?', plutôt demander 'Penses-tu que des jeunes de ton âge sont sexuellement actifs?'. Si la réponse est 'oui', lui demander: 'et vous, l'êtes-

³⁴extrait du guide pratique pour les soins aux adolescents, OMS 2012

vous ?'. Cette attitude évite la stigmatisation par la normalisation du problème. Pour l'alléger davantage, vous pouvez rajouter ' J'ai soigné beaucoup de gens dans votre cas dans ma carrière'.

6. Un adolescent peut ne révéler qu'un problème qui lui semble le plus important et tait d'autres problèmes. Soyez à l'écoute des probables facteurs liés à son environnement pour imaginer des possibilités de préoccupation.
7. Si vous devez passer par un examen physique pouvant être embarrassant (exemple : toucher vaginal), expliquer-lui ce que vous comptez faire et lui demander l'autorisation. N'y procéder que sous son approbation.
8. Respectez les sensibilités sur les relations entre les deux sexes. Un médecin homme examinant les endroits sensibles d'une adolescente ferait mieux de le faire devant une collègue féminine. Respecter la confidentialité et soyez attentifs aux signes de gêne (Arrêter si nécessaire en cas de douleur).
9. Lui informer de la conclusion avec les conséquences possibles. Lui informer des possibilités de traitement en lui donnant le choix selon ses préférences pour augmenter la chance qu'il suive le traitement.
10. S'exprimer par le geste corporel en plus du langage.
11. Lui expliquer pourquoi lui donner ces médicaments, avec l'heure et la posologie de le prendre. Assurez-vous qu'il ait les moyens financiers de se le procurer.

3. Gestion d'un CSAJ

La création de demande s'effectue à deux niveaux :

- Attractivité du centre de santé par lui-même
- Mobilisation d'une communauté de soutien à la fréquentation des adolescents et jeunes au centre

Il lui faut un suivi de performance régulière afin de permettre une amélioration continue de qualité des services.

3.1 Attractivité du centre : principes de 4P

Un CSAJ doit, en pratique, attirer la fréquentation des adolescents et jeunes. Pour cela, il doit répondre aux principes de marketing que sont 4P : Produit, Place, Prix, Promotion. Une étude menée par MCSP en 2016 sur les « Facteurs influençant l'utilisation des services en Santé Sexuelle et Reproductive par les jeunes parents » a confirmé ces principes pour une offre de services de qualité aux jeunes.

Tableau 22: Déclinaison des principes de 4P pour un CSAJ³⁵

PLACE (environnement agréable et adapté)	Existence d'un dispositif d'orientation (plan de masse, plaque de fonction, plaque d'identification des services, agent d'accueil)
	Respect de confidentialité des services (paravent de séparation, abri d'attente, etc.)
	Supports IEC attrayant (agencement des affiches, panneau d'affichage)
	Environnement agréable (équipement complet, jardin accueillant, propreté des lieux, gestion des déchets)
PRODUIT (accès, services)	Services adaptés (accueil, disponibilité des gammes de services, approvisionnement correct en intrants et médicaments, respect du secret professionnel)
	Compétences techniques des prestataires et du personnel (affichage des protocoles de prise en charge pour les prestataires)
	Traitement favorable aux adolescents et jeunes (heures de réception adaptées, priorisation d'accueil des jeunes référés, tarif préférentiel, disponibilité de ligne téléphonique pour information, existence de mécanisme de référence de proximité)
	Amélioration continue des services (entretien et maintenance, réhabilitation, suivi des indicateurs de performance en vue d'une décision d'amélioration des services)
PROMOTION	Existence des séances d'information et d'éducation dédiées aux jeunes liées à la SSRAJ
	Collaboration avec les sensibilisateurs (AC, éducateurs pairs, personnes influentes telles que les parents, autorités locales, autorités scolaires, autorités religieuses) pour une mobilisation communautaire
	Participation des jeunes au centre (consultation de leur avis dans la planification ou évaluation des services, boîte à idées, etc.)
PRIX	Affichage public des prix des services
	Possibilité d'un tarif préférentiel

3.2 Mobilisation d'une communauté de soutien

Pour attirer les adolescents et les jeunes, le CSAJ doit faire appel à des sensibilisateurs pour informer de la disponibilité des services de qualité adaptés aux jeunes en son sein. Il a alors le choix entre les services des:

- Agents Communautaires (AC)
- Organisation ou mouvements des jeunes (éducateurs pairs)
- Personnes influentes aux jeunes (parents, autorités locales, autorités scolaires, autorités religieuses)
- Mass média

Pour une pérennisation des activités, le personnel d'un CSAJ pourrait (in)former et « coacher » ces sensibilisateurs communautaires pour les services disponibles au centre, les particularités d'un CSAJ, et la communication à adopter. Pour les contacts individuels, il est conseillé d'utiliser des outils de communication et un support de référencement, type fiche de référence (de la communauté au centre) ou carte d'invitation.

³⁵Source : Facteurs influençant l'utilisation des services SSR par les jeunes parents, MCSP 2016

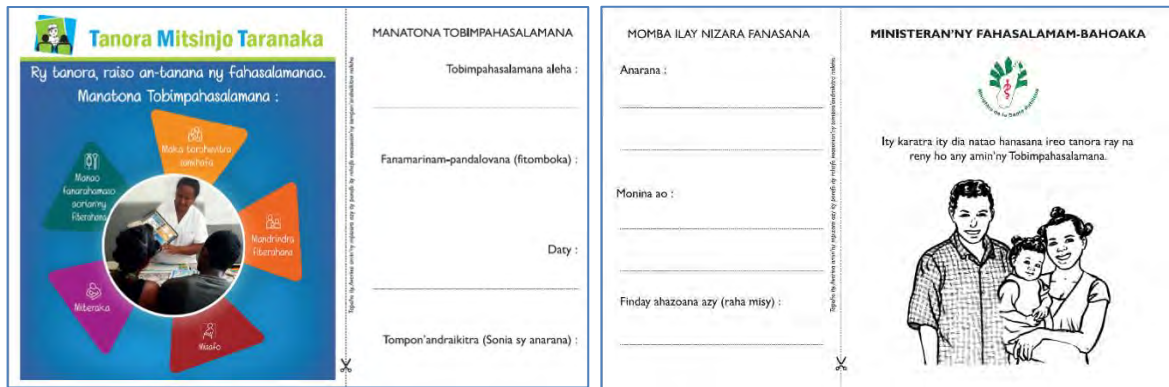


Figure 9: Carte d'invitation SAJ, recto et verso

Pour inviter les jeunes clients à fréquenter le CSB, le sensibilisateur l'oriente à l'aide de cette carte d'invitation. Il met au verso de la carte son nom, son adresse, et son contact téléphonique pour que le potentiel jeune client puisse le joindre, au besoin. Puis, au recto, il remplit le nom du centre proposé et demande au jeune client de la lui rapporter après utilisation pour son suivi. Il l'informe que l'agent de santé aura à viser cette carte pour son passage au centre.

Le choix des types de communication à utiliser doit être dicté par l'objectif à atteindre.

Tableau 23: Forces et limites des types de communication

Type	Forces	Limites
Communication de masse et mass media	<ul style="list-style-type: none"> - permet d'atteindre un large public - amène à une prise de conscience et intérêt du public - est plus efficace quand c'est court et clair - est possible en visuelle ou auditive 	<ul style="list-style-type: none"> - amène rarement à un changement de comportement immédiat - nécessite une forte mobilisation de ressources (humaines, matérielles, financières, etc.) - expose au suivi de performance difficile
Discussion de groupe	<ul style="list-style-type: none"> -est adapté pour un groupe partageant le même intérêt -sert à traiter un sujet défini pour une interaction des participants -est favorable au témoignage en vue d'un changement de comportement immédiat 	<ul style="list-style-type: none"> -ne mène pas systématiquement à une décision mais peut créer de l'intérêt -mal adapté pour un groupe hétérogène -pertinente pour 3 à 15 personnes
Education par les pairs	<ul style="list-style-type: none"> -encourage le partage d'expérience -permet un suivi de proximité -est appropriée pour un changement de comportement -permet l'utilisation d'un support de communication léger 	<ul style="list-style-type: none"> -nécessite une bonne préparation pour un résultat positif - pourrait s'étaler dans le temps - ne génère pas tout de suite un effet à grande échelle
Communication Interpersonnelle	<ul style="list-style-type: none"> -est la plus appropriée pour convaincre à un changement de comportement -permet un suivi de proximité -permet l'utilisation d'un support de communication léger 	<ul style="list-style-type: none"> -nombre d'interlocuteurs n'excédant pas deux de préférence - nécessite une bonne préparation pour un résultat positif -ne génère pas tout de suite un effet à grande échelle

3.3 Suivi de performance en vue d'une amélioration continue de qualité

Le suivi régulier de l'efficacité des services est conditionné par la disponibilité des données de services par désagrégation de l'âge. Un CSAJ, pour tous soins en son sein, doit alors remplir chaque registre avec l'âge des clients, pour pouvoir suivre les services offerts aux adolescents et jeunes.

Un suivi continu d'un groupe d'indicateurs de services (en l'occurrence, nombre de consultations des jeunes de 10 à 24 ans ; nombre de jeunes femmes de 10 à 24 ans vues en CPN ; etc.) permettrait d'évaluer la performance du centre. L'analyse de ces données pourrait amener à des décisions d'amélioration de services à offrir aux jeunes.

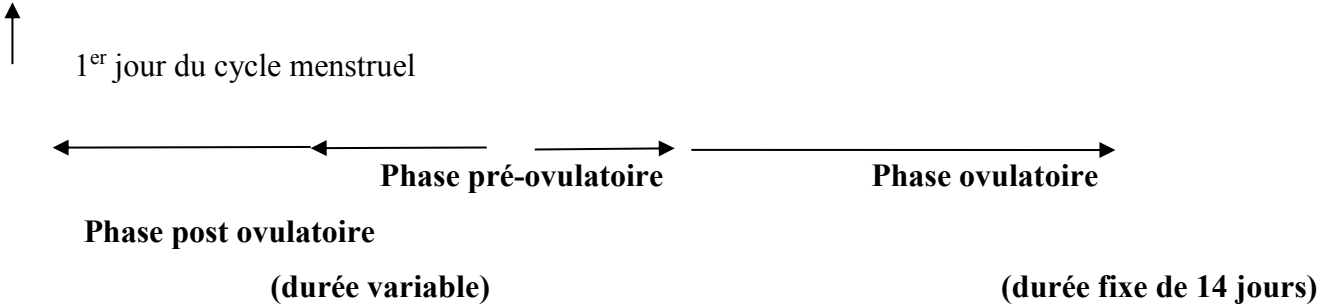
Annexe A : IMPORTANCE DE LA SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES POUR LA SANTE PUBLIQUE

Annexe A 1 Changement au cours de l'adolescence

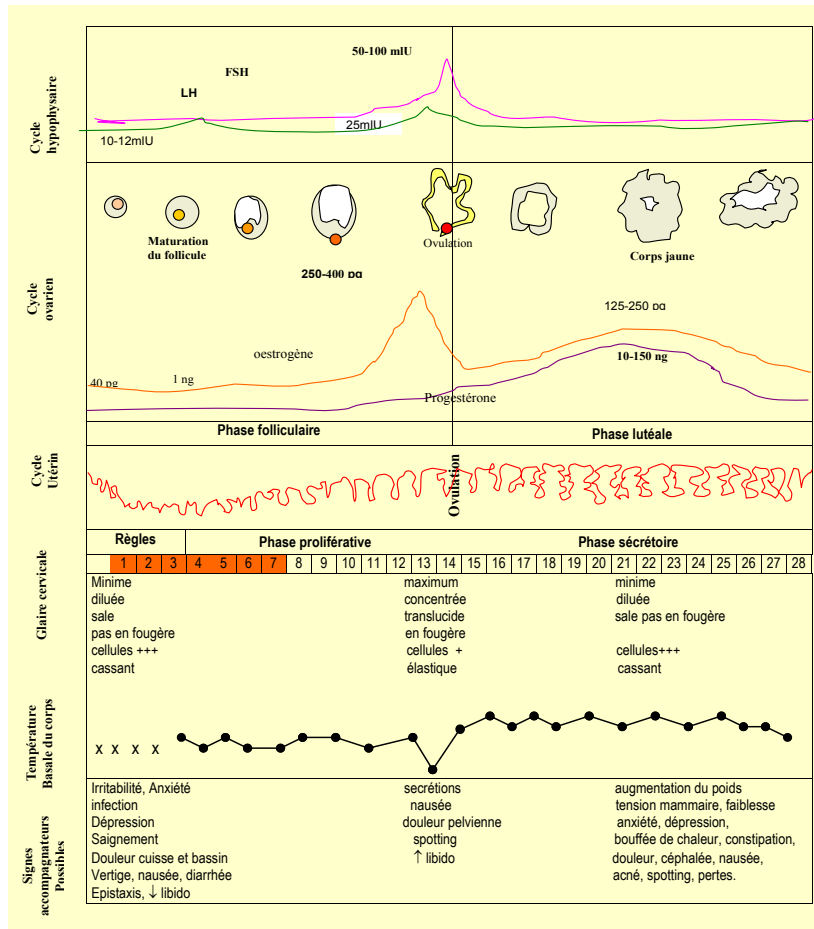
- la recherche de l'autonomie;
- l'acquisition d'une orientation sexuelle stable;
- la recherche et la construction d'une identité ;
- l'accès progressif à une indépendance économique.

Le début de la puberté marque une étape importante du chemin à parcourir jusqu'à l'âge adulte. En général, la puberté commence plus tôt chez les filles que les garçons. De nos jours, la puberté démarre entre 8 et 13 ans chez les filles et chez les garçons entre 9 et 14 ans.

Annexe A2 Un exemple de cycle de 28 jours



→ Physiologie de la reproduction: cycle menstruel



Annexe A3 Effets des 02 hormones sur l'organisme

Œstrogène

1. Prolifération
 - muqueuse utérine,
 - seins.
2. Contraction
 - muscles utérins ;
 - vaisseaux sanguins.
3. Augmentation du poids par rétention d'eau
4. Epaissement de la bile
5. Augmentation du métabolisme au niveau du foie
6. Augmentation de la coagulabilité du sang
7. Augmentation de la tension artérielle.

1. **Progestérone**Anti-prolifération
 - atrophie muqueuse utérine ;
 - atrophie des seins.
2. Relâchements des muscles
 - muscles utérins ;
 - vaisseaux sanguin ;
 - Intestins ;
3. Voies urinaires.
4. Augmentation du poids par rétention de graisse
5. Augmentation du métabolisme au niveau du foie
6. Augmentation de la température basale .

Annexe B : COMMUNICATION ET EDUCATION EN SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES

Annexe B1 : Les dix droits en Santé de la Reproduction

Les dix Droits en santé de la reproduction

1. **Le droit à l'égalité, à l'égle protection devant la loi et à n'être soumis à aucune discrimination sur la base de son sexe, sa sexualité ou son genre :** Toute personne a droit au travail, à l'éducation, aux soins médicaux, à la sécurité sociale et autres droits économiques, sociaux et culturels, ainsi qu'aux structures, biens et services nécessaires pour obtenir ces droits, et ce sans discrimination d'aucune sorte.
2. **Le droit à la participation pour tous, sans distinction de sexe, de sexualité ou de genre :** Toute personne doit pouvoir participer à la vie publique et politique, dont le fait d'occuper des fonctions officielles et de remplir des fonctions publiques, sans discrimination aucune. Toute personne doit pouvoir jouir du droit à la mobilité, à pouvoir quitter son pays et y revenir, à l'égalité d'accès aux documents permettant ladite mobilité et à voyager, sans discrimination aucune.
3. **Le droit à la vie, la liberté, la sécurité de la personne et à l'intégrité corporelle :** Toute personne a le droit de ne pas être soumis à des pratiques traditionnelles préjudiciables, y compris les mutilations génitales féminines et le mariage forcé ou précoce. Toute personne a le droit de ne pas être soumis à des violences sexuelles.
4. **Le droit au respect de la vie privée :** Toute personne a le droit à la confidentialité en matière de services et soins de santé sexuelle et en ce qui concerne son dossier médical. Toute personne a aussi le droit, en général et dans le cadre de limitations autorisées et non discriminatoires, à protéger l'information relative à sa sérologie VIH/sida et à être protégée contre toute divulgation arbitraire ou menace de sa divulgation arbitraire.
5. **Le droit à l'autonomie et à la reconnaissance devant la loi :** Toute personne est libre d'avoir des pratiques et une conduite sexuelles autonomes et relationnelles dans un environnement aux conditions sociales, politiques et économiques permettant l'égalité de réalisation de tous les droits et libertés, et sans faire l'objet d'aucune discrimination, violence, coercition ou abus.
6. **Le droit à la liberté de penser, d'opinion et d'expression ; et le droit à la liberté d'association :** Toute personne a le droit d'exercer sa liberté de pensée, d'opinion et d'expression en matière de sexualité, d'orientation sexuelle, d'identité de genre et de droit sexuels, sans intrusions arbitraires ou de limitations fondées sur des croyances culturelles ou l'idéologie politique dominante, ou sur des notions discriminatoires d'ordre public, de moralité publique, de santé publique ou de sécurité publique.
7. **Le droit à la santé et de bénéficier des progrès de la science :** Toute personne a le droit de désirer des rapports sexuels sans risques afin de ne pas avoir à subir de grossesse non désirée et d'infections sexuellement transmissibles, VIH et sida inclus.
8. **Le droit à l'éducation et à l'information :** Toute personne a droit à une éducation et à une

information suffisante garantissant que les décisions qu'elle prend eu égard à sa santé sexuelle et reproductive sont prises avec son consentement libre et informé.

9. **Le droit de choisir de se marier ou non et de fonder et planifier une famille et de décider d'avoir ou non des enfants, quand et comment :** Toute personne a le droit de choisir de se marier ou non, de fonder ou non une famille, de décider d'avoir ou non des enfants, de décider librement et en toute responsabilité du nombre de ses enfants et de l'espacement des naissances, et ce dans un environnement où les lois et politiques reconnaissent la diversité des formes de famille, y compris celles non définies par la descendance ou le mariage.

10. **Le droit à la responsabilité et réparation :** Toute personne a droit à des mesures et recours éducatifs, législatifs, judiciaires et autres, qui sont efficaces, adéquats, accessibles et appropriés afin de veiller et d'exiger que ceux qui ont le devoir de faire respecter les droits sexuels leur soient comptables.

Annexe B 2 : Contexte ou environnement en communication

Toute communication se produit dans un contexte ou environnement spécifique. Il influence tout ce que l'on dit et la manière de le dire. Une communication est gravée dans un contexte, dans un endroit donné, à un instant donné. Il compte au moins quatre aspects indépendants et interactifs :

- Le physique (environnement tangible ou concret, on ne parle pas de la même manière dans une salle de réunion ou dans une cafétéria) ;
- Le culturel, (les styles de vie, croyances, valeurs) ;
- Le socio-physiologique (le caractère formel ou informel de la situation, les normes sociales, les relations de statut...)

Le temporel : toute relation s'inscrit dans le temps avec un avant, un pendant et un après. Le temps (chronologique) est un facteur fondamental de toute interaction, il régule de différentes manières toute séquence de communication.

Annexe B3: Cadre de consultation

Contexte de la consultation	Cadre de la consultation	Communication au cours de la consultation
<ul style="list-style-type: none"> ✓ La gêne de l'adolescent ; ✓ Les parents ; ✓ Le temps ; ✓ La véritable question ; ✓ Le langage. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L'attitude du prestataire ; ✓ La place des parents ; ✓ La confidentialité et l'intimité ; ✓ Le respect des distances générationnelles. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Communication efficace et influente ; ✓ Centrée sur le patient ; ✓ Ecoute attentive ; ✓ Entretien motivationnel ; ✓ Soignant à sa place et capable de se positionner.

Annexe B4 : Les six savoirs

Savoir écouter : C'est établir une relation à double sens, où les deux parties parlent et respectent ce que l'un ou l'autre a à dire ; les deux parties s'interrogent, expriment des opinions, échangent des informations et essaient de comprendre ce que chacun communique.

Savoir demander : Pratiquement, il faut chercher à obtenir des informations sur le client de façon délicate, soignée en évitant que la personne ne se sente dans un interrogatoire ou obligée de donner des informations quand elle ne se sent pas préparée ou à l'aise pour parler. Le langage et le ton de la voix sont des aspects fondamentaux de cette compétence. Cela implique établir et maintenir un climat de confiance, en permettant la communication d'égal à égal, pour une meilleure compréhension entre les deux et un apprentissage mutuel.

Savoir informer : Savoir sélectionner les contenus qui doivent être communiqués au client et avoir la capacité de les communiquer de façon effective pour s'assurer que le client obtienne l'information nécessaire sur son état de santé, les services disponibles, les options à envisager pour promouvoir sa santé ou résoudre un problème de santé.

Savoir répondre aux besoins du client : Respecter ce que le client dit et communique de façon non verbale. Il faut toujours garder à l'esprit que le client aussi a ses propres opinions, préoccupations, façons de s'exprimer sur sa santé et dont il faut tenir compte dans la recherche de solutions pour répondre à ses besoins.

Savoir stimuler la participation du client : Parler avec le client de sorte qu'il comprenne mieux son état ou problème de santé, en lui faisant sentir que le prestataire de santé partage ses inquiétudes et responsabilités à résoudre le problème.

Savoir exprimer des émotions positives :

Annexe B5 : Principes de base de l'entretien motivationnel

Principe 1 : Expression de l'empathie : l'empathie consiste à regarder le monde à travers les yeux du client, à voir les choses tel qu'il les voit et les interprète ; à ressentir les choses tel que le client les ressent ; et à partager les expériences du client. Cette approche est la base pour que le client soit entendu et compris et, qu'en retour, le client soit plus susceptible de partager honnêtement son expérience en profondeur.

Principe 2 : Soutien de l'auto-efficacité : Un client croit que le changement est possible, est nécessaire pour susciter l'espoir de faire ce changement difficile. Le client a souvent essayé et se sent incapable d'atteindre ou de maintenir le changement souhaité, ce qui met en doute sa capacité à réussir. Dans les entretiens de motivation, le conseiller soutient l'auto-efficacité en se concentrant sur les réussites antérieures et en soulignant les compétences et les forces que le client a déjà.

Principe 3 : Gestion de la résistance : D'un entretien de motivation, la résistance à la prise en charge survient lorsque le client éprouve le conflit entre sa vision du problème ou de la solution et celle du clinicien ou lorsque le client subit l'impression que sa liberté ou son autonomie est menacée. Ces expériences sont souvent basées sur l'ambivalence du client à propos du changement. Dans l'entretien de motivation, le conseiller doit éviter de susciter une résistance en ne confrontant pas le client et lorsque la résistance se produit, il s'efforce de désamorcer et d'éviter les interactions négatives.

Principe 4 : Développement de l'écart : la motivation pour le changement se produit lorsque les gens perçoivent un décalage entre «où ils sont et où ils veulent être» et un conseiller pratiquant l'entretien de motivation travaille pour développer cela en aidant les clients à examiner les écarts entre leurs circonstances / comportements actuels et leurs valeurs et les objectifs futurs. Lorsque les clients reconnaissent que leurs comportements actuels les placent en conflit avec leurs valeurs ou interfèrent avec l'accomplissement de leurs objectifs, ils sont plus susceptibles de ressentir une plus grande motivation à changer de vie. Pourtant, progressivement, aider les clients à prendre conscience de la façon dont le comportement actuel peut les éloigner de leurs objets, plutôt que de les atteindre.

Annexe B6 : Six étapes du changement de comportement selon Miller et Rollnick

Etape 1: Pré-contemplation : Les gens à ce stade peuvent être conscients du coût de leur dépendance. Cependant, ils ne les considèrent pas comme significatifs par rapport à ce qu'ils considèrent comme avantages. Bien sûr, d'autres peuvent voir cette situation différemment.

Etape 2: Contemplation : Les personnes en phase de contemplation ont pris conscience des problèmes associés à leur comportement. Cependant, ils sont ambivalents quant à savoir si cela vaut la peine ou non de changer. Les caractéristiques de cette étape sont : l'exploitation du potentiel de changement ; désirant un changement, mais manquant de confiance et d'engagement pour changer de comportement ; et ayant l'intention de changer à un moment indéterminé dans le futur.

Etape 3: Préparation : A ce stade, les gens acceptent la responsabilité de changer leur comportement. Ils évaluent et sélectionnent des techniques pour le changement de comportement. Les caractéristiques de cette étape comprennent : l'élaboration d'un plan pour effectuer les changements nécessaires ; renforcer la confiance et l'engagement envers le changement ; et avoir l'intention de changer dans un mois.

Etape 4: Action : A ce stade, les gens s'engagent dans des efforts de changement de comportement autogérés tout en acquérant de nouvelles connaissances et en développant de nouvelles compétences. Bien que ces efforts de changement soient autodirigés, une aide extérieure peut être recherchée. Cela pourrait inclure la réhabilitation ou la thérapie. Les caractéristiques de cette étape comprennent : choisir consciemment un nouveau comportement ; apprendre à surmonter les tendances à un comportement indésirable; et s'engager dans des actions de changement dans une période de moins de six mois.

Etape 5: Maintenance : Les personnes en phase de maintenance maîtrisent la capacité à maintenir un nouveau comportement avec un minimum d'efforts. Ils ont établi de nouveaux modèles de comportement et de contrôle de soi. Les caractéristiques de cette étape comprennent : rester vigilant face aux situations à



haut risque ; maintenir l'accent sur la prévention des rechutes ; et le changement de comportement qui a duré six mois.

Étape 6 : Cessation/Rechute : A l'étape de la cessation, les gens ont adopté une nouvelle image de soi compatible avec le comportement et le mode de vie désirés. Ils ne réagissent pas à la tentation dans n'importe quelle situation. Les caractéristiques de cette étape comprennent : la confiance ; l'appréciation de la maîtrise de soi ; et l'appréciation d'une vie plus saine et plus heureuse. Le plan de prévention des rechutes a évolué vers la poursuite d'un mode de vie sain.

Annexe B 7 : Les six étapes de changement de comportement selon la méthode GATHER

Greet (Accueillir):

- Aller vers le client, ne pas attendre qu'il vienne,
- Proposer de le faire asseoir,
- Sourire et saluer avec politesse (prendre la main)
- Le prestataire doit se présenter en
- Rassurer le client du respect de la confidentialité et de la vie privée

A Assess (Evaluer):

- Demander au client ce qu'il attend de vous,
- Tenter d'obtenir des informations personnelles,
- Identifier une éventuelle pratique courante chez l'adolescent ou jeune client,
- Tenter d'évaluer le modèle de comportement ou pratique en fonction du problème qu'il souhaite être résolu
- Les éventuels changements intervenus dans sa situation
- D'autres préoccupations ou difficultés qui lui paraissent difficile

T Tell (Affirmer):

- Demander au jeune l'autorisation de lui donner des informations
- Discuter des dangers et des problèmes liés à ses pratiques ou à son problème
- Lui donner les informations et connaissances utiles sur la prévention/les orientations de prise en charge/les inconvénients en cas d'absence de traitement et autres
- Répondre aux questions et aux préoccupations selon le cas tout en usant de respect, courtoisie et gentillesse

H Help (Aider):

- Aider l'adolescent/jeune à décider que faire face à son problème
- L'encourager à identifier les options envisageables
- Discuter des issues possibles de chaque option
- L'aider à prendre la décision d'agir

E Explain (Expliquer):

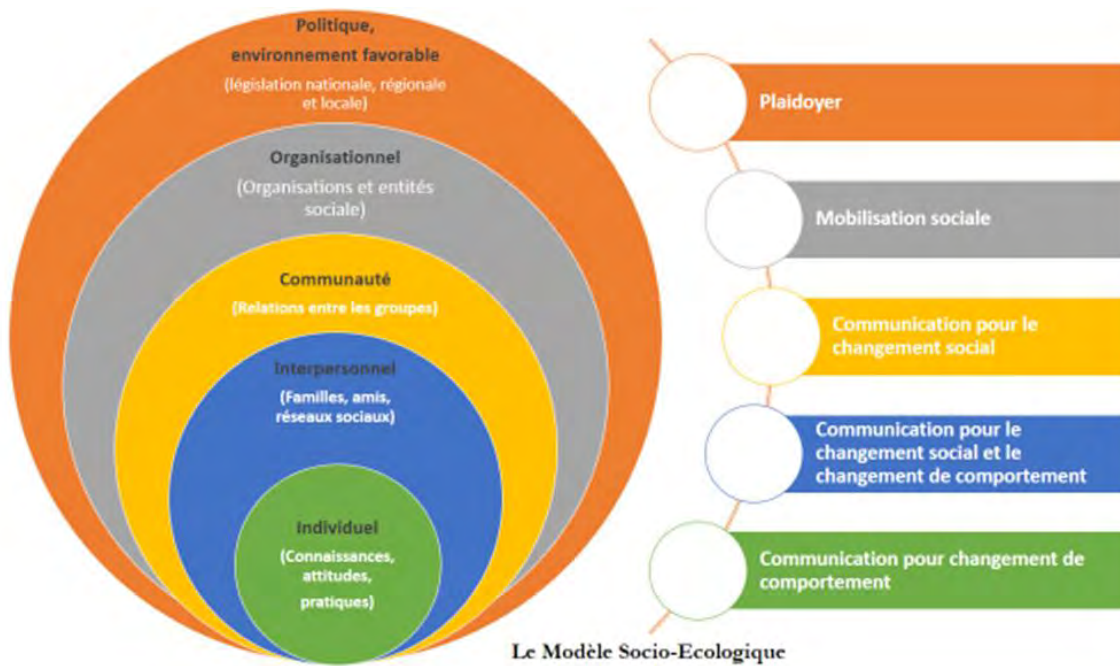
- Identifier d'autres options possibles
- Expliquer au jeune qu'il lui appartient d'agir

- Identifier d'autres sources de soutien
- Lui fournir le matériel ou service adéquat

R Return visit/Refer (Nouveau rendez-vous/orientation) :

- Programmer un nouveau rendez-vous/consultation
- L'orienter vers d'autres services
- Conclure la séance par un message positif

Annexe B 8 : Modèle de changement socio-écologique par le biais d'une communication



Annexe B 9 : Attitude à adopter face à un adolescent ou un jeune qui vit des moments difficiles

MOMENTS DIFFICILES	ATTITUDES A ADOPTER
Le jeune ne parle pas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprendre pourquoi ; ▪ Lui donner le temps de s'exprimer ; ▪ Reformuler la question ; ▪ Commencer par des questions ordinaires.
Le jeune se met à pleurer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le laisser pleurer ; ▪ Dire que l'on regrette cette tristesse ; ▪ Lui expliquer le rôle du conseiller.
Le conseiller ne connaît pas la réponse à une question posée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le conseiller doit accepter et admettre qu'il ne peut pas y répondre ; ▪ Orienter le jeune vers quelqu'un d'autre plus compétent, s'il est d'accord.

MOMENTS DIFFICILES	ATTITUDES A ADOPTER
Le jeune menace de se suicider	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le conseiller doit rester calme ; ▪ Il ne doit pas juger ou condamner ; ▪ Il explique au jeune que le suicide est un acte tragique ; ▪ Le rassurer.
Le jeune se trompe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Admettre humblement son erreur ;
Le jeune refuse toute aide	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appliquer l'écoute active;
Le jeune est gêné par le fait d'être pris en charge par une personne de sexe opposé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soulever le problème ; ▪ Apprendre au jeune à travailler avec toutes personnes sans distinction de sexe.
Le jeune est gêné de parler de sexe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aborder le sujet d'un point de vue scientifique ; ▪ Le rassurer qu'il n'y aura pas de jugements.
Le jeune manque de temps	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profiter du peu de temps disponible pour s'entretenir avec lui ; ▪ Suggérer un éventuel rendez-vous.
Le conseiller n'arrive pas à établir un bon contact avec le jeune	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuer l'entretien, recueillir des informations ; ▪ Continuer la séance jusqu'à mettre le jeune à l'aise.
Le conseiller et le jeune se connaissent déjà	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etre un AMI doit être utilisé dans le bon sens ; ▪ Assurer le respect du secret.
Le jeune parle continuellement de n'importe quoi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'interrompre un moment; ▪ Porter la conversation sur un évènement extérieur au jeune ; puis revenir sur le sujet ensuite.
Le jeune essaie de flirter avec le conseiller	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ne pas s'émouvoir ; ▪ Rester neutre.
Le jeune pose une question à caractère personnel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eviter de répondre à la question ; ▪ Aider le jeune à avoir un comportement constructif et rentable.
Le conseiller est gêné par le sujet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un conseiller ne doit pas être gêné par un sujet, quel qu'il soit.
Le conseiller estime qu'il n'y a pas de solution au problème	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se rappeler que l'on doit mettre l'accent sur la personne et non sur le problème.

Annexe B 10 : Quelques éléments qui peuvent aider à manifester de l'empathie

- Saluer les clients par leur nom ;
- Se présenter par son nom ;
- Demander aux clients comment ils se sentent ;
- Reconnaître/apprécier l'initiative prise par le client (ex : d'être venu, d'avoir amené son enfant);
- Se montrer amical et disponible ;
- Regarder les clients dans les yeux ;
- Toucher les clients, quand cela est opportun ;
- Utiliser un ton de voix sympathique ;
- Se faire l'écho des émotions du client en l'encourageant à exprimer librement ce qu'il pense. (Répéter ou paraphraser ce que le client dit.) ;
- Répéter et récapituler l'information clés ;
- A la fin, rassurer le client. (Calmer ses préoccupations en lui suggérant des actions spécifiques qu'il peut faire.)
- Avant de le laisser partir, demander au client s'il y a quelque chose d'autre qu'il aimerait savoir. Raccompagner l'a la porte, si possible.

Annexe B11 : Les compétences à la vie au quotidien

Apprendre à résoudre les problèmes : nous aide à faire face à ceux que nous rencontrerons inévitablement tout au long de notre vie. Des problèmes personnels importants, laissés sans solution, peuvent à la longue maintenir un stress mental et entraîner une fatigue physique.

Apprendre à prendre des décisions : nous aide à les prendre de façon constructive. Cela peut avoir des conséquences favorables sur la santé, si les décisions sont prises de façon active, en évaluant les différentes options et les effets de chacune d'entre elles.

La pensée créative contribue à la fois à la prise de décision et à la résolution de problèmes en nous permettant d'explorer les alternatives possibles et les diverses conséquences de nos actions et de notre refus d'action. Cela nous aide à regarder au-delà de notre propre expérience [...]. La pensée créative peut nous aider à répondre de façon adaptative et avec souplesse aux situations de la vie quotidienne.

La pensée (ou l'esprit) critique est la capacité à analyser les informations et les expériences de façon objective. Elle peut contribuer à la santé en nous aidant à reconnaître et à évaluer les facteurs qui influencent nos attitudes et nos comportements, comme les médias et les pressions de nos pairs.

La communication efficace signifie que nous soyons capables de nous exprimer à la fois verbalement et non verbalement, de façon appropriée à notre culture et aux situations. Cela peut signifier être capables

d'exprimer nos désirs à propos d'une action dans laquelle on nous demande de nous impliquer. Cela peut également signifier être capables de demander des conseils quand cela s'avère nécessaire.

Les aptitudes relationnelles nous aident à établir des rapports de façon positive avec les gens que nous côtoyons. Cela signifie être capables de lier et conserver des relations amicales, ce qui peut être d'une grande importance pour notre bien-être mental et social. Cela signifie également garder de bonnes relations avec les membres de notre famille, source importante de soutien social. Il s'agit aussi de savoir interrompre des relations d'une manière constructive.

Avoir conscience de soi-même, c'est connaître son propre caractère, ses forces et ses faiblesses, ses désirs et ses aversions. Cela nous aide à reconnaître les situations dans lesquelles nous sommes stressés ou sous pression. C'est indispensable aussi pour établir une communication efficace, des relations interpersonnelles constructives et pour développer notre sens du partage d'opinions avec les autres.

Avoir de l'empathie pour les autres : Il s'agit d'imaginer ce que la vie peut être pour une autre personne même dans une situation qui ne nous est pas familière. Cela peut nous aider à accepter les autres qui sont différents de nous et à améliorer nos relations sociales, par exemple dans le cas de diversité ethnique. Savoir partager différents points de vue nous aide à encourager un comportement humanitaire envers les gens qui ont besoin d'assistance ou de tolérance : les malades atteints du sida par exemple ou les gens ayant une maladie mentale et qui peuvent être stigmatisés ou frappés d'ostracisme par les personnes dont ils dépendent.

Faire face à son stress suppose d'en reconnaître les sources et les effets et de savoir en contrôler le niveau. Nous pouvons alors agir de façon à réduire les sources de stress, par exemple, en modifiant notre environnement physique ou notre style de vie. Nous pouvons également apprendre à nous relaxer pour que les tensions créées par un stress inévitable ne donnent pas naissance à des problèmes de santé.

Pour faire face aux émotions, il faut savoir reconnaître les siennes et celles des autres. Il faut être conscient de leur influence sur les comportements et savoir quelles réactions adopter. Les émotions intenses comme la colère ou la tristesse peuvent avoir des effets négatifs sur notre santé si nous ne réagissons pas de façon appropriée.

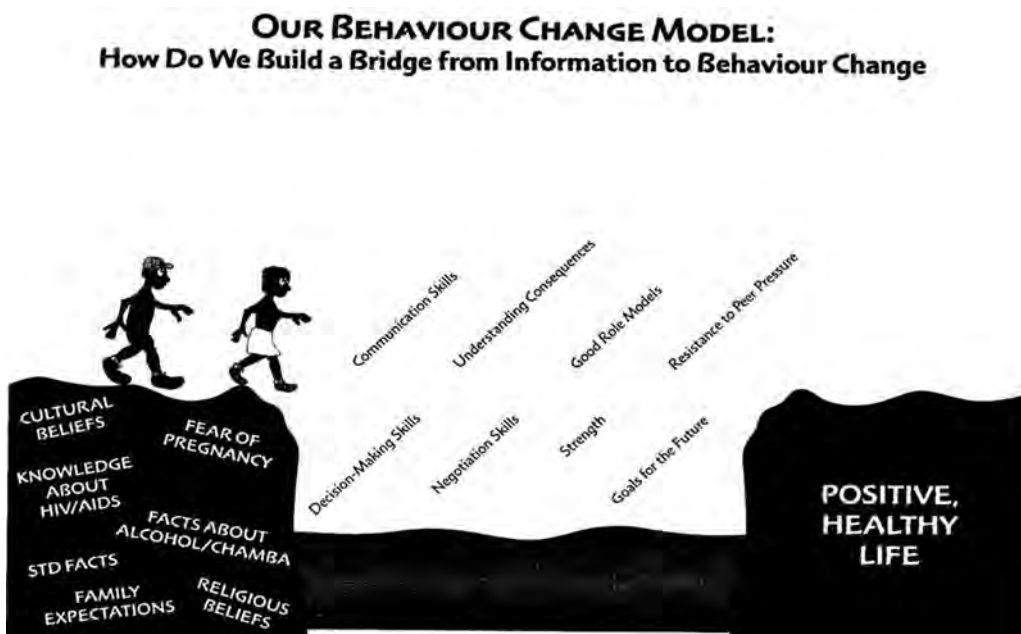
Annexe B 12 : Développement de la connaissance de soi

La prise de conscience de soi constitue l'élément principal dans l'acquisition des compétences personnelles. Elle aide à réfléchir correctement, à comprendre et contrôler ses émotions. Elle aide aussi à établir de bonnes relations avec les autres, à se soucier d'eux et à les comprendre. Il est important de :

- connaître ses capacités et s'en servir pour opérer des choix judicieux dans la vie.
- connaître ses faiblesses en sachant que nul n'est parfait.
- les reconnaître pour prendre des décisions réalistes tenant compte de ses capacités et insuffisances.
- connaître sa place et son rôle dans la société.

Il est important pour chacun de connaître son capital, ses limites d'énergie, ses émotions, etc. Si nous avons la connaissance des situations auxquelles nous pouvons nous adapter facilement, cela nous évitera de risquer notre vie et notre avenir pour rien c'est-à-dire les faux pas qui risquent de gâcher toute notre vie.

Annexe B13 : Modèle de changement de comportement associant les compétences à la vie



Annexe C : UTILISATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES

Annexe C1 : Interventions efficaces

Pour prévenir ou limiter l'utilisation des substances psychoactives, des interventions efficaces doivent être mises en place.

1. Les interventions communautaires ont été largement utilisées pour encourager le sevrage tabagique. Cependant, même un effet modeste sur le tabagisme peut se traduire par un impact important sur la santé publique, s'il est mis en œuvre dans tout le pays.
2. La visite pourrait bien être l'occasion de discuter de la consommation de substances psychoactives et de la prévention. Le prestataire de service de santé devrait exercer des compétences d'écoute efficace lorsqu'il communique avec un adolescent ou un jeune.

Au cours d'une consultation, rappelez-vous toujours que pour l'adolescent ou le jeune, l'utilisation de ces substances est normale. Ils ne perçoivent pas d'une manière adéquate les risques. Il faut chercher à déterminer les situations à risque en vérifiant si l'adolescent ou le jeune présente un comportement exploratoire «normal» ou si sa santé est sérieusement en danger. C'est pour cela qu'il faut le mettre en confiance, prendre le temps de l'écouter sans le juger.

Annexe E : SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS ET JEUNES

Annexe E 1 Conseils cliniques et messages relatifs à la santé sexuelle

Les avantages de l'abstinence :

- Le prestataire doit expliquer au jeune l'importance de l'estime de soi, la valeur de leur corps. Cf module B. Les jeunes et les adolescentes ne doivent pas avoir des rapports sexuels juste pour du sexe surtout quand ils ne sont pas prêts. L'expérience sexuelle est mieux vécue quand on a des sentiments. Les adolescents doivent attendre quelqu'un qui leur plaît vraiment.
- Prendre la pilule ou utiliser les contraceptions n'est pas toujours facile ni rassurant pour une adolescente. Quand on n'a pas de relation sexuelle, l'adolescente n'angoisse pas sur les risques de grossesse ni les contraintes dans l'utilisation de contraception.
- Quand l'adolescent(e) est abstinent(e), il ou elle devient de moins en moins obsédé par le sexe et, par conséquent, devient beaucoup plus productif. Il est plus concentré sur ses études, ses objectifs et ses activités, et bouge pour aller faire du sport.
- Les rapports sexuels entraînent souvent des mycoses, les cystites, la syphilis, le sida et autres problèmes gynéco. En pratiquant l'abstinence, les adolescents s'évitent ce genre de désagréments et plus tard les conséquences pour la santé génésique.
- Dans un rapport sexuel, il y a toujours un risque, aussi infime soit-il, d'attraper les IST. Ce risque est d'autant plus important avec la précocité de l'âge. Le report du premier rapport sexuel diminue le risque d'attraper le papillomavirus qui mue en cancer du col de l'utérus.
- L'adolescent n'est pas obligé d'entamer des activités sexuelles pour produire l'endorphine, l'hormone du bien-être. En cas de dépression légère ou modérée, le sport réduit les manifestations extérieures par la libération d'endorphines qui provoquent plaisir et euphorie sans risque de dépendance physique.

Les prestataires doivent anticiper les questions fréquentes sur les mythes et les rapports sexuels :

- Pratiquer des rapports sexuels ne résoudra pas les problèmes de dysménorrhées (problème courant chez les jeunes filles) ni la pollution nocturne chez les garçons.
- L'abstinence sexuelle permet à la fois d'éviter les grossesses non désirées, la grossesse précoce, l'avortement et les IST VIH sida
- Ne pas avoir de rapport sexuel régulier ne peut pas causer des problèmes de santé
- Un plus grand pénis ne donne pas forcément de plaisir aux femmes
- Le plaisir individuel (exemple masturbation) ne peut pas causer des maladies voire mentales

- Une fille peut tomber enceinte même si c'est la première fois qu'elle a un rapport sexuel
- Avoir une relation sexuelle avec une fille vierge ne peut pas vous guérir du sida
- Quand une fille commence à avoir ses règles, cela ne veut pas dire qu'elle doit avoir des relations sexuelles ni avoir des bébés
- Si un garçon éjacule pendant qu'il rêve, cela ne veut pas dire qu'il est temps qu'il ait un rapport sexuel
- Le risque d'attraper le virus du sida au cours premier rapport sexuel non protégé est 4 fois plus élevé pour la fille
- Le risque d'attraper le virus du sida en cas de rapport sexuel non protégé pendant la menstruation est élevé

D'autres problèmes peuvent survenir au cours de la puberté :

- Aménorrhée (à différencier d'une grossesse) ;
- Acné juvénile ;
- La pollution nocturne ;
- Irrégularité du cycle menstruel ...

Si malgré ces informations, l'adolescent décide de rentrer dans les activités sexuelles, le prestataire doit partager les informations sur les grossesses précoces et non désirées.

Annexe E 2 Prise en charge de la patiente en état de choc ou inconsciente, avortement septique, septicémie

A- ETAT DE CHOC

1-Objectifs

Etre capable de poser le diagnostic de choc

Etre capable de prendre en charge une patiente en choc

Etre capable de poser le diagnostic de coma et classer les niveaux de conscience

Etre capable de prendre en charge une patiente avec une baisse de niveau de conscience

2-Définition

Le choc est une condition grave qui nécessite une prise en charge immédiate et intensive.

La présence du choc signifie qu'il y a une irrigation inadéquate des organes et des tissus avec le sang oxygéné.

3-Signes de choc

- **Cerveau** : anxiété, agitation et confusion, somnolence ou inconscience
- **Peau** : présence de sueur et/ou froide
- Respiration rapide
- Conjonctive pâle
- Pouls filant et rapide >100/minute (parfois "pouls bombant")
- Baisse de la TA < 90 mmHg (signe tardive)
- **Rein**: faible débit urinaire
- **Foetus**: détresse foetale

4-Causes

Deux causes majeures du choc chez une femme enceinte :

- **hémorragie**
- **septicémie**

NB: *le choc cardiogénique causée par une anémie est aussi une cause que nous rencontrons fréquemment*

5-Prise en charge

a- Action immédiate

- Chercher de l'aide
- Mettre la patiente en position décubitus latéral gauche ou latéral de sécurité
- Evaluer :
 - o **Voies Aériennes (A) et Respiration (B):**
 - vérifier et aspirer les voies aériennes

- vérifier la respiration

Si pas de respiration : libérer les voies aériennes et assister la respiration. , administrer de l’oxygène (si disponible)

○ **Circulation:**

- poser une voie veineuse
- prise du pouls et de la TA: **si pouls >100 / minute ou TA<90 mm Hg ou saignement vaginal important:**

Administer **1 l de sérum salé isotonique en IV pendant 20 minutes**

Puis **1 l en 30 minutes**

Evaluer la situation et répéter, si nécessaire

Attention : ne pas oublier de rechercher les signes d’une anémie ou d’une pré-éclampsie sévère

Diagnostiquer si c’est une hémorragie ou septicémie et traiter

Couvrir la femme pour éviter une hypothermie

Noter les entrées et sorties de liquide ainsi que les médicaments

Ré-évaluer fréquemment la mère et le fœtus

Référer (SONUB → SONUC)

b- Attention à l’hémorragie

Signes	Sang perdu estimé	Action
Faible accélération du pouls	700 ml	Donner des liquides en IV (cristalloïde)
Accélération du pouls et de la fréquence respiratoire	1500 ml	Donner des liquides IV (cristalloïde)
Baisse de TA systolique	2000 ml	Donner des liquides IV (colloïde ou cristalloïde) et Transfuser
Froide, somnolence, pouls très élevé, TA très basse	2500 ml	Faire une transfusion massive

B.PATIENTE INCONSCIENTE

1-Cause

Une baisse de la conscience signifie un manque d'oxygène au niveau du cerveau.

Le manque d'oxygène au niveau du cerveau peut être dû à une baisse de la perfusion cérébrale ou une baisse de concentration d'oxygène dans le sang

2-Evaluation du niveau de conscience

A - Alerte

V-Réponse à la Voix

P – Réponse à la douleur (Pain)

U – pas de réponse du tout aux stimulations antérieures(Unresponsive)

3-Prise en charge d'une baisse du niveau de conscience

Chercher de l'aide

Vérifier la respiration :

- Dégager les voies aériennes et assister la respiration
- Donner de l'oxygène si disponible
- Positionner la patiente en décubitus lateral gauche (si elle respire)
- Vérifier la circulation : pouls, TA & température,
- Placer une voie veineuse
- Evaluer le niveau de conscience : **AVPU**
- Demander si elle a eu un antécédent de convulsion
- Vérifier l'âge gestationnel et le BDCF, si elle n'a pas encore accouché
- Evaluer les pupilles
- Identifier et traiter la cause :

C-AVORTEMENT SEPTIQUE

- Commencer les antibiotiques aussi vite que possible avant l'évacuation :

Triple antibiothérapie

- Ampicilline 2g en IV toutes les 6 heures
- Gentamycine 5 mg /kg en IM ou IV toutes les 24 heures
- Métronidazole 500 mg en perfusion toutes les 8 heures
- Aspiration manuelle intra-utérine
- Continuer l'antibiothérapie par voie orale

D-SEPTICEMIE DU POSTABORTUM

Elle est à suspecter s'il y a :

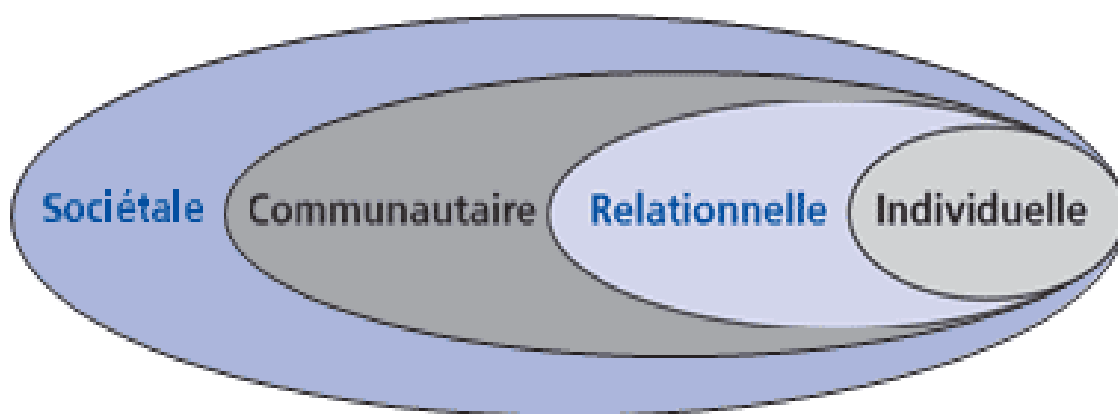
- lochies fétides
- involution utérine lente avec un utérus gros

Prise en charge générale

- encourager le repos au lit
- vérifier l'hydratation adéquate par voie buccale ou en IV
- Si le choc est soupçonné, commencer immédiatement le traitement :
 - Céphalosporines préférées mais pas souvent disponibles ou trop chers
- **Triple antibiothérapie:**
 - Ampicilline 2g en IV toutes 6 heures +
 - Gentamycine 5 mg / kg IM ou IV toutes les 24 heures +
 - Métronidazole 500 mg IV toutes les 8 heures

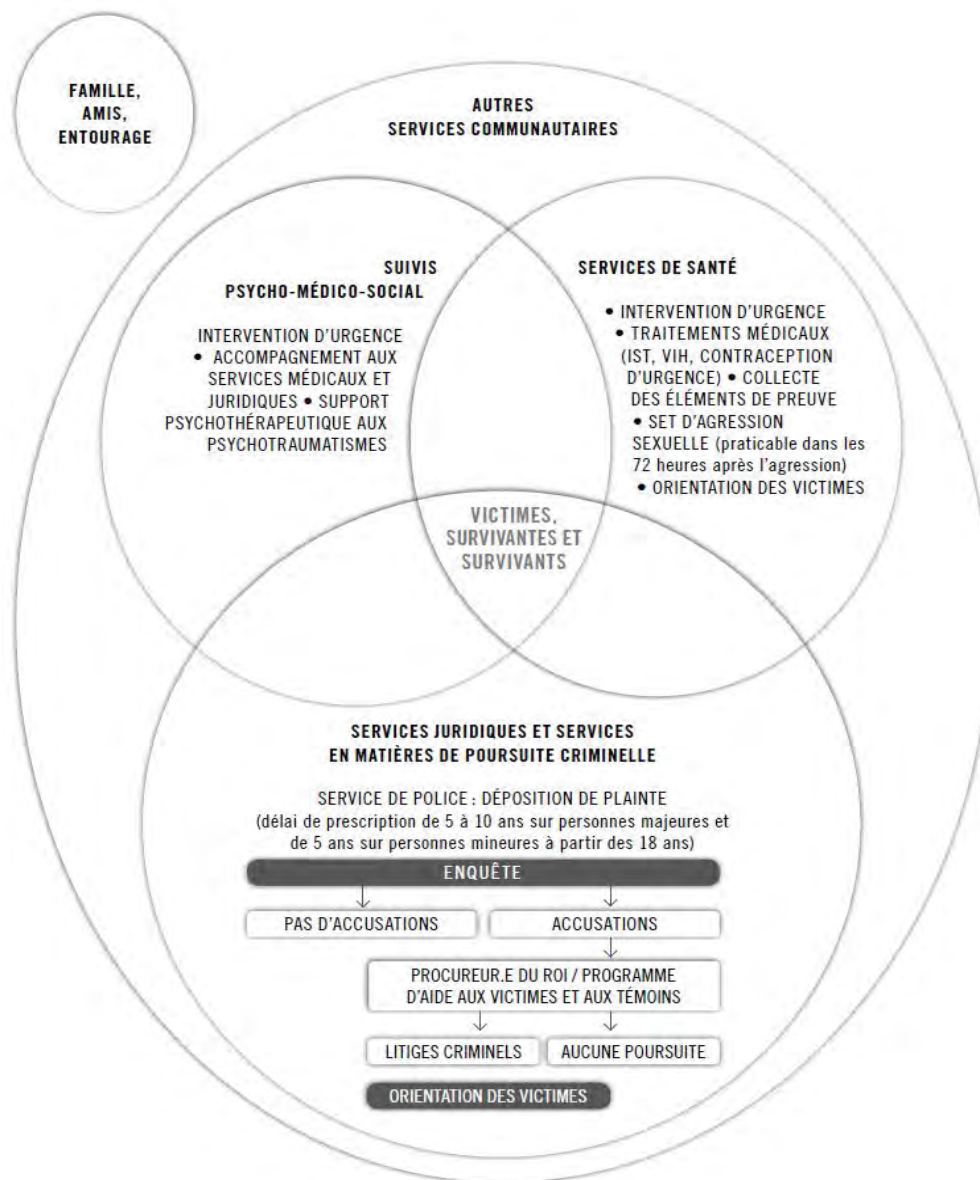
Annexe F : VIOLENCES

Annexe F1 : Cadre écologique est utilisé pour comprendre les causes multiples de la violence basée sur le genre et leurs interrelations



Modèle écologique de Heise (1999)

Annexe F2 : Complémentarité et collaboration avec les services



Annexe G : INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET VIH/SIDA

Annexe G1 : Considérations pratiques pour la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes

1. Etablir un bon rapport:
Un bon accueil permettra une relation de confiance et assurera le retour du client.
2. Prendre l'histoire de la maladie et faire un examen physique d'une manière sensible
Identifier le syndrome : faire l'interrogatoire et l'examen clinique ;
3. Arriver au bon diagnostic : évaluation des risques
 - Évaluer le profil de risque : partenaire sexuel porteur d'IST, partenaire multiple, rapport sexuel non protégé, rapport sexuel précoce, violence sexuelle ;
 - Donner les informations sur les IST : les modes de transmission, les manifestations cliniques, les complications et les mesures de prévention ;
4. Communiquer le diagnostic et ses implications, discuter des options de traitement et fournir un traitement
Prescrire précocement et correctement un traitement adéquat ;
Éduquer pour l'observance du traitement, sur de la nécessité de l'abstinence ou de l'utilisation de préservatif durant le traitement
5. Faire le counseling et proposer le dépistage du VIH
Faire le counseling pré-test VIH et proposer le dépistage du VIH
6. Faire des visites de suivi;
7. Promotion de rapports sexuels protégés
Faire une démonstration sur l'utilisation de préservatif
Fournir des préservatifs
8. Prévention des récurrences / conseils de réduction des risques
Éduquer pour l'adoption d'un comportement à moindre risque : fidélité, abstinence, préservatif et réduction du nombre de partenaires sexuels ;
Identifier les obstacles au changement de comportement ;
9. Notification et gestion des partenaires
Expliquer la nécessité de la notification et de la prise en charge du (des) partenaire(s) ;
Insister sur la prise en charge du (des) partenaire(s) sexuel(s) pour éviter la réinfection

Annexe G2 : Approches de la prise en charge des ISTs et soins complets pour les adolescents et les jeunes ayant des ISTs

Trois approches de la PEC des IST:

- **Etiologique:** le diagnostic étiologique est basé sur le résultat des tests de laboratoire permettant d'identifier le germe spécifique responsable de l'infection. Ainsi, il est possible de traiter seulement pour une infection étant donné que les résultats des tests de laboratoire sont disponibles rapidement.
- **Clinique:** Les prestataires établissent un diagnostic (ou une supposition éclairée) concernant le germe responsable de l'infection en fonction des antécédents, des signes et des symptômes du patient.
- **Syndromique:** le patient est diagnostiqué et traité en fonction de groupes de symptômes et de syndromes, plutôt que d'une IST spécifique. Toutes les ISTs susceptibles de causer ces symptômes sont traités en même temps.

Avantages de l'approche syndromique

L'OMS recommande l'utilisation d'une approche syndromique pour la prise en charge des ISTs. Cette approche est essentiellement appropriée lorsque les ressources humaines et les services de laboratoire ne sont pas disponibles pour le diagnostic étiologique. L'approche syndromique est recommandée dans les milieux à ressources limitées. Les coûts liés aux tests de laboratoire et les retards inhérents à ceux-ci sont évités dans l'approche syndromique. Les avantages de l'approche syndromique comprennent:

- La prise en charge clinique standardisée
- Le diagnostic de laboratoire n'est pas requis.

L'approche syndromique peut être utilisée pour l'évaluation des ISTs chez les adolescents et les jeunes parce que la présentation de symptômes est similaire quel que soit l'âge. ***L'OMS recommande par ailleurs de mettre un accent sur le paquet de soins complets qui comprend à la fois le diagnostic, le traitement, le counseling et la recherche et le suivi des contacts.***

Inconvénients de l'approche syndromique

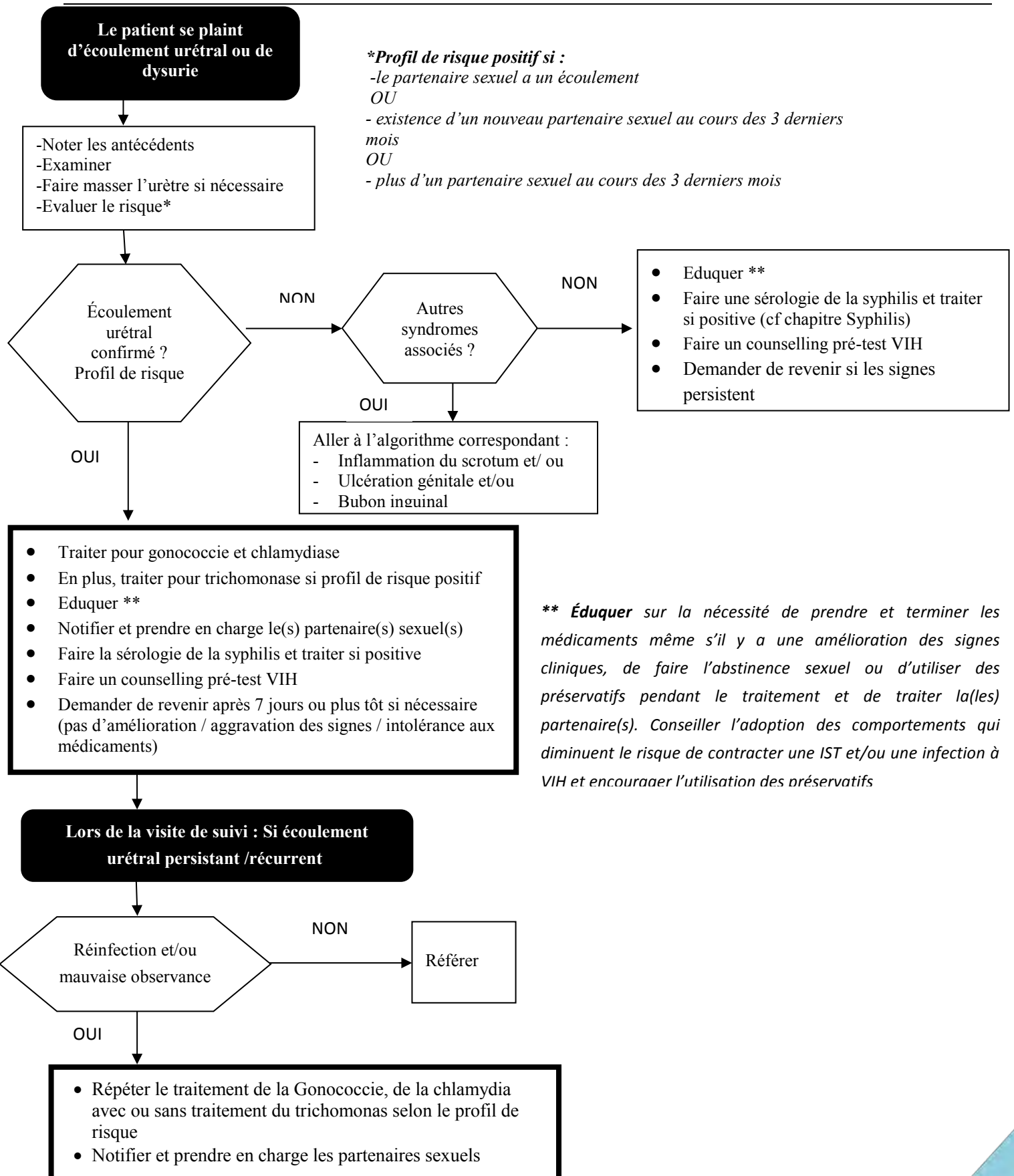
Bien que la prise en charge syndromique des ISTs soit l'approche privilégiée dans les pays à ressources limitées, un certain nombre de limites entravent sa large acceptation. Les limites sont : les caractéristiques cliniques atypiques, les résultats faussement négatifs ou les infections mixtes

mal pris en charge. Ces patients peuvent devoir retourner pour une investigation plus poussée, souffrir d'une morbidité prolongée et être ensuite traités de nouveau à un coût supplémentaire.

- L'approche syndromique pour les pertes vaginales est moins prédictive de la présence de chlamydia cervicale et / ou d'infection gonococcique ;
- Comme l'approche syndromique est basée sur les symptômes rapportés par la personne, elle ne détecte ni ne traite les patients présentant des infections asymptomatiques. La détection des infections asymptomatiques reste l'un des problèmes dans le contrôle des IST ;
- Cette approche n'a pas été facilement acceptée par les médecins qui la considèrent comme une médecine au rabais, non scientifique et se sentent menacés par toute restriction à leur liberté de prescription.
- Aucune procédure unique n'est appropriée pour chaque paramètre. Les procédures doivent être évaluées en termes de validité, de faisabilité, de coût et d'acceptabilité afin de faciliter leur utilisation efficace. L'approche ne devrait pas éviter la nécessité d'une référence et d'une investigation clinique complète si nécessaire.

Annexe G3 : Algorithmes et protocoles pour la prise en charge des ISTs

ALGORITHME DE L'ÉCOULEMENT URETRAL



PROTOCOLE DE TRAITEMENT DE L'ÉCOULEMENT URETRAL

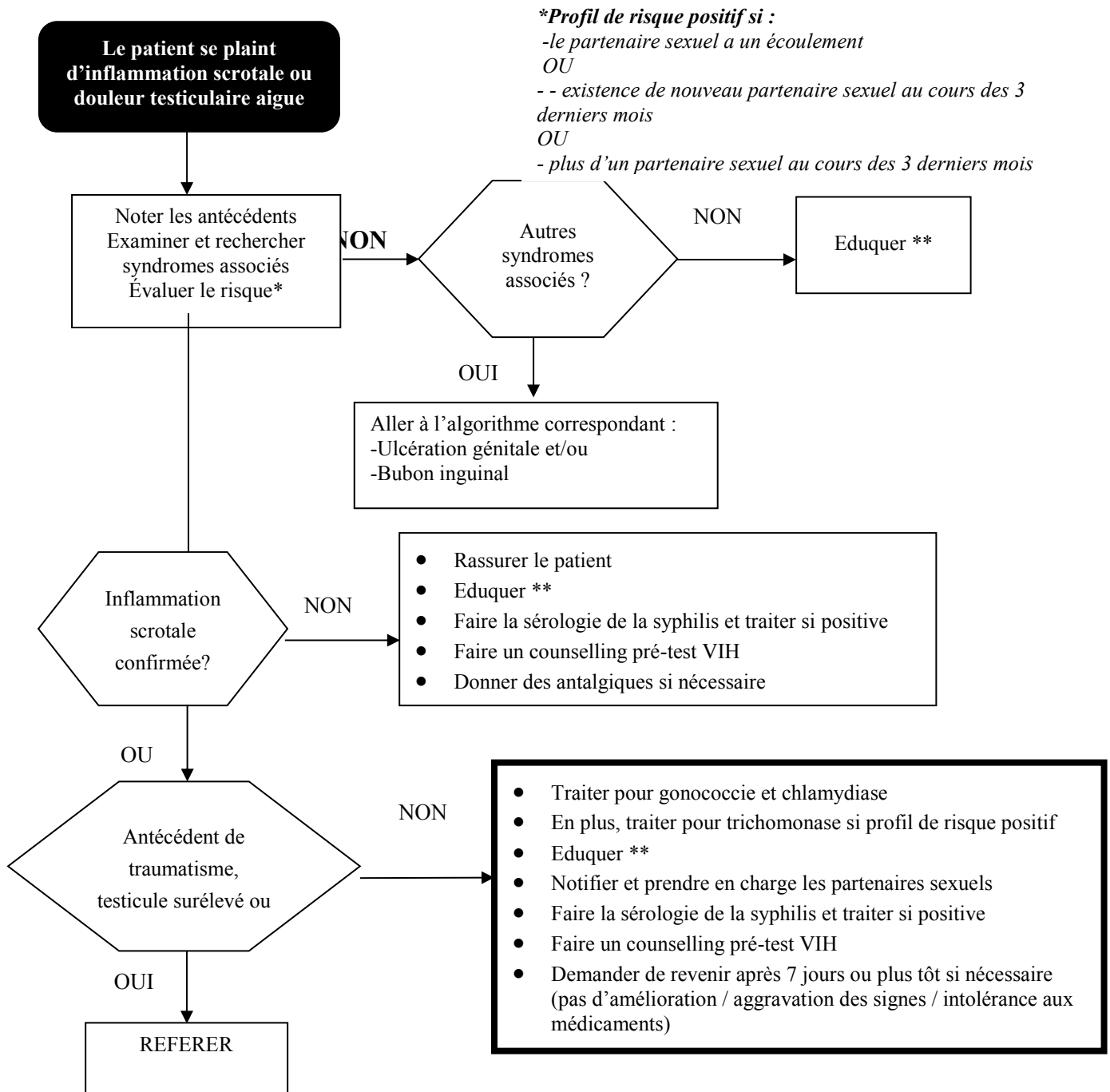
- **TRAITER EN MEME TEMPS** : Gonococcie et Chlamydiae
- **SI PROFIL DE RISQUE POSITIF** : Traiter aussi pour Trichomonase
- **SI ÉCOULEMENT URETRAL PERSISTANT ou RECURRENT** :
 - **SI EVIDENCE D'UNE REINFECTION OU D'UNE MAUVAISE OBSERVANCE DU TRAITEMENT** : Répéter le traitement de la Gonococcie et de la Chlamydiae (avec ou sans Trichomonase selon le profil de risque)
 - **SI PAS D'EVIDENCE D'UNE REINFECTION OU D'UNE MAUVAISE OBSERVANCE DU TRAITEMENT** : Référer

GONOCOCCIE	CHLAMYDIAE	TRICHOMONASE
<p>Traitement en 1^{ère} intention 1^{er} jour : Ceftriaxone 500mg en une seule injection intramusculaire (*)</p> <p>Traitement alternatif Spectinomycine, 2 g en une seule injection intramusculaire en cas de contre-indication aux Bêta-lactamines,</p> <p>OU</p> <p>Céfixime 200 mg cp, par voie orale, 2 cp en une seule prise en cas d'impossibilité d'administrer le traitement par voie intramusculaire OU Azithromycine 500 mg cp par voie orale, 4 cp en une seule prise en cas de contre-indication aux Bêta-lactamines et en cas d'impossibilité d'administrer un traitement par voie injectable</p>	<p>Traitement en 1^{ère} intention 1^{er} jour au 7^{ème} jour : Doxycycline* 100 mg cp : par voie orale – 1cp le matin – 1 cp le soir *Contre-indiqué chez les enfants et en cas de grossesse</p> <p>Traitement alternatif Azithromycine 500 mg cp par voie orale, 2 cp en une seule prise si l'adhérence au traitement n'est pas garantie</p> <p>OU</p> <p>Ofloxacine 200 mg cp – par voie orale - 1cp le matin – 1 cp le soir, pendant 7 jours</p>	<p>Métronidazole 500mg cp – par voie orale – 4cp en une seule prise</p>

- ☞ **PRECAUTIONS PENDANT LE TRAITEMENT :** - *Pas de boisson alcoolisée*
- Eviter l'exposition au soleil (cycline)*
 - Abstinence sexuelle ou utilisation de préservatifs*
 - Notifier les effets indésirables des médicaments*

() Si possible, pour diminuer l'inconfort : Le diluant préférable de la Ceftriaxone est la Lidocaine à 1% sans épinéphrine (1.8ml Lidocaine + 3.2ml eau distillée + 500mg Ceftriaxone)*

INFLAMMATION SCROTALE / DOULEUR TESTICULAIRE AIGUE
ALGORITHME DE L'INFLAMMATION SCROTALE / DOULEUR TESTICULAIRE AIGUE



CANDIDOSE : Traitement du (des) partenaire(s) sexuel(s)

Le traitement du partenaire est recommandé si :

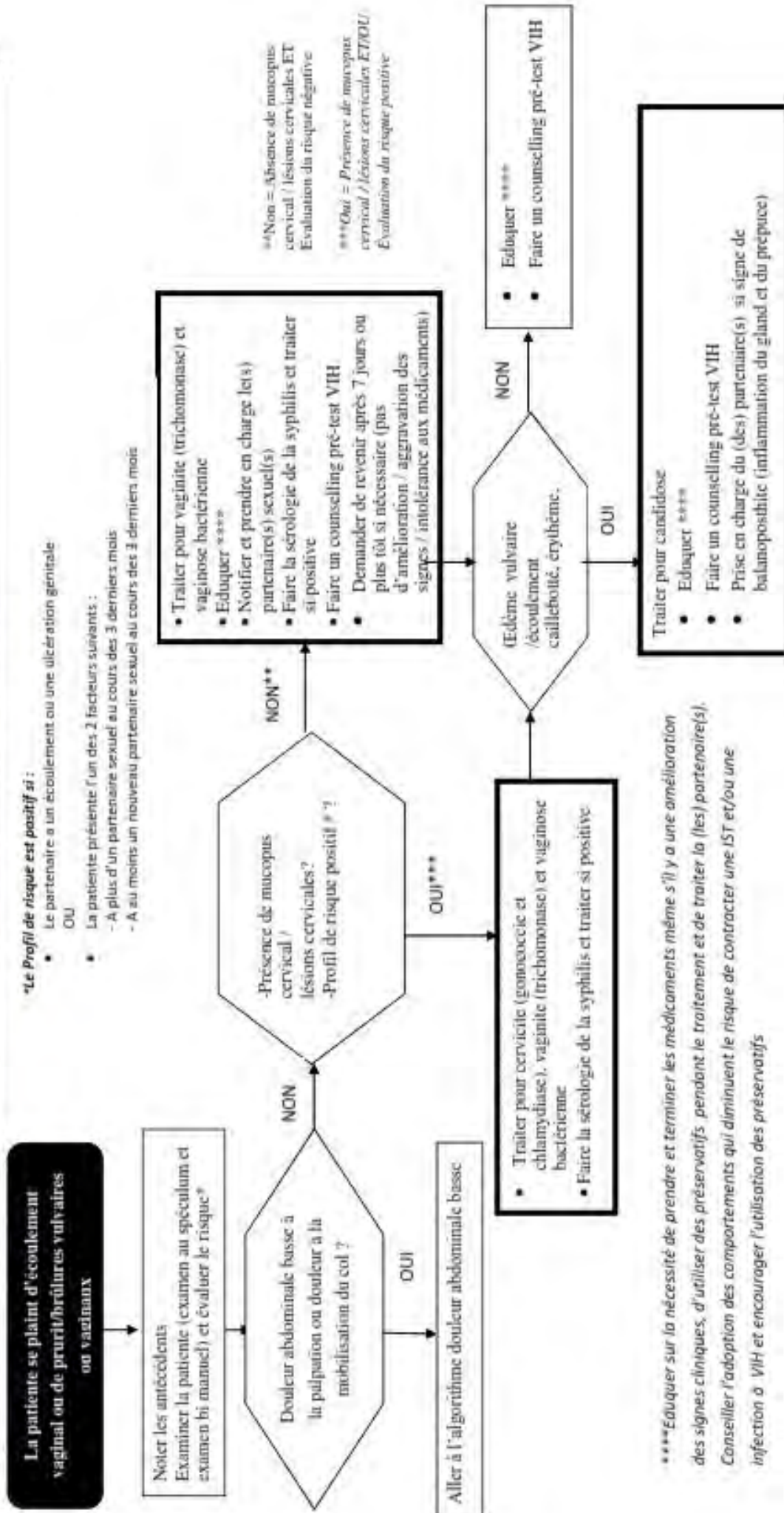
- La femme présente une candidose récidivante
OU
- Le (les) partenaire(s) sexuel(s) a (ont) une inflammation du gland et du prépuce (balanoposthite).

La *balanoposthite* peut aussi se développer chez des hommes souffrant d'immunodépression ou de diabète sucré non contrôlé

☞ Fluconazole 150 mg cp, par voie orale en une seule prise
ET
 ☞ Nystatine crème, deux fois par jour pendant 7 jours **OU** Miconazole, crème à 2 %, 2 fois par jour pendant 7 jours **OU** Clotrimazole, crème à 1 %, une fois par jour pendant 14 jours

ECOULEMENT VAGINAL ET/OU PRURIT VULVO VAGINAL

ALGORITHME DE L'ECOULEMENT VAGINAL ET/OU PRURIT VULVO-VAGINAL



PROTOCOLE DE TRAITEMENT DE L'ÉCOULEMENT VAGINAL ET/OU PRURIT VULVO-VAGINAL

**VAGINITE À TRICHOMONASE
/ VAGINOSE BACTERIENNE**

Métronidazole 500mg cp – par voie orale – 4cp en
une seule prise

CANDIDOSE

Traitement en première intention Nystatine
tablette vaginale 100 000 unités, 1 par jour
pendant 20 jours

Traitement alternatif

Miconazole 200 mg tablette vaginale, 1 par jour
pendant 3 jours OU Clotrimazole, 200 mg tablette
vaginale, 1 cp par jour pendant 3 jours

Traitement si récidivant

(Survenue d'au moins 4 épisodes en 1 an)

Fluconazole 150 mg cp, par voie orale en une
seule prise (contre indiqué pendant la grossesse)
ET Nystatine tablette vaginale 100 000 unités, 1
par jour pendant 20 jours

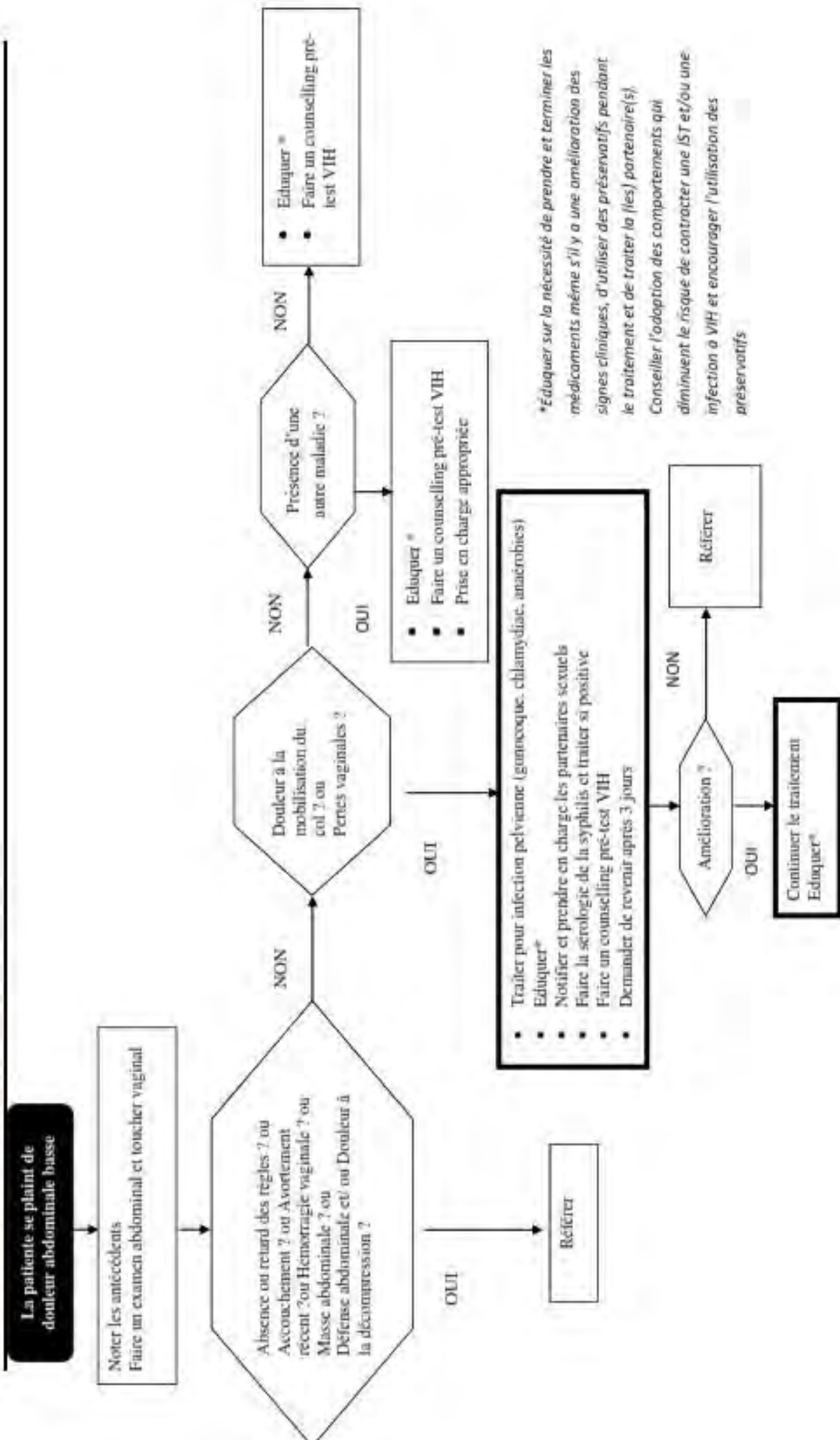
*Les ovules et les crèmes à base d'huile peuvent
nuire à l'efficacité des condoms en latex ou des
diaphragmes

**Ne jamais interrompre le traitement pendant les
périodes de menstruation*

Traitement de **CERVICITE** : se référer au traitement de **CHLAMYDIASE** et **TRICHOMONAS**

DOULEUR ABDOMINALE BASSE

ALGORITHME DE LA DOULEUR ABDOMINALE BASSE



TRAITEMENT AMBULATOIRE DE LA PATIENTE

➤ **TRAITER EN MEME TEMPS : GONOCOCCIE, CHLAMYDIASE ET ANAEROBIES**

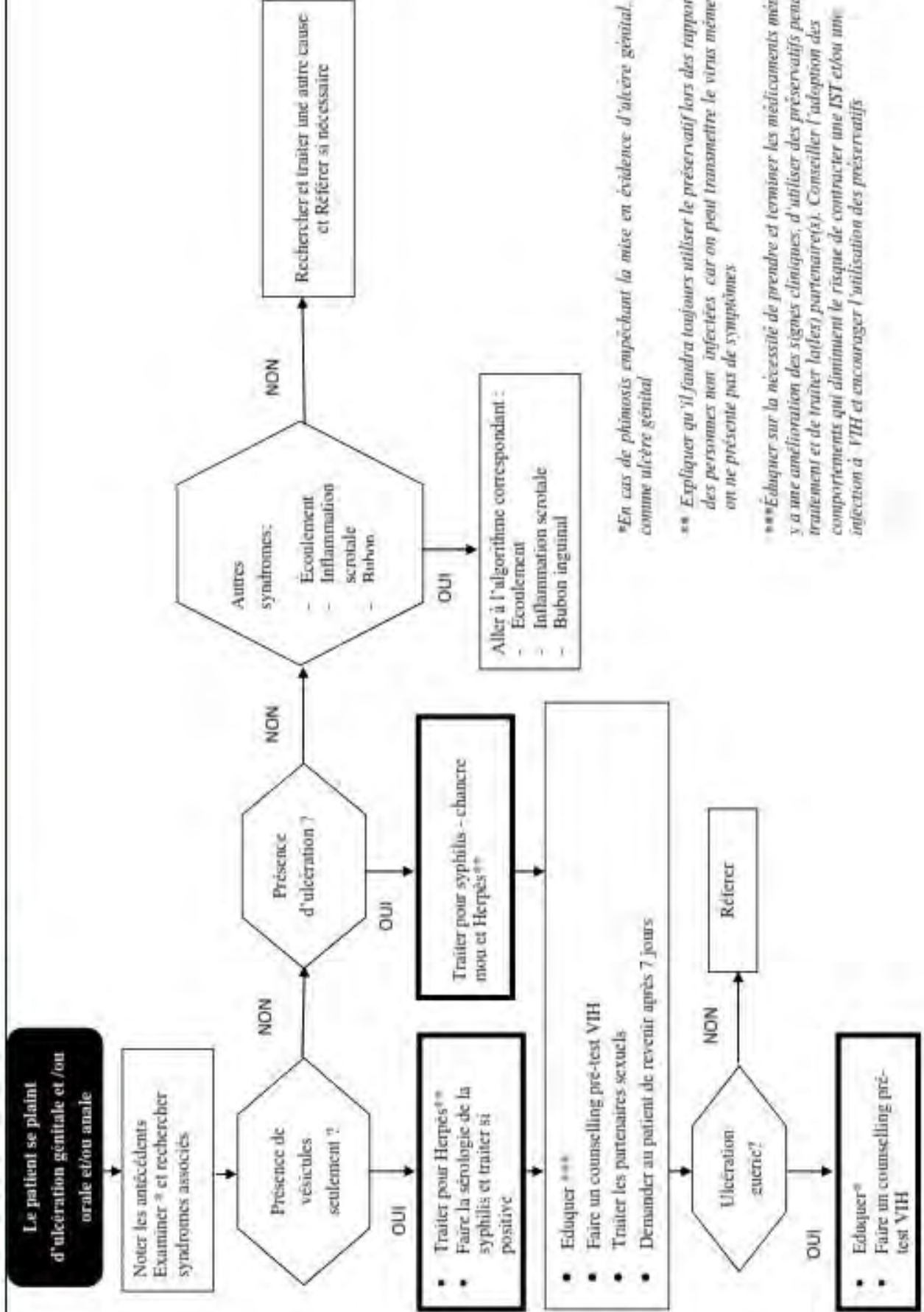
Traitement de gonococcie et chlamydiase : se référer au tableau antérieur sur l'écoulement urétral.

TRAITEMENT DES GERMES ANAEROBIES

Métronidazole 500 mg cp - par voie orale - 1 cp le matin – 1 cp le soir pendant 14 jours

ULCERATION GÉNITALE

ALGORITHME DE L'ULCERATION GÉNITALE



**En cas de phimosis empêchant la mise en évidence d'ulcère génital, traiter comme ulcère génital

*** Expliquer qu'il faudra toujours utiliser le préservatif lors des rapports avec des personnes non infectées car on peut transmettre le virus même quand on ne présente pas de symptômes

**** Eduquer sur la nécessité de prendre et terminer les médicaments même s'il y a une amélioration des signes cliniques; d'utiliser des préservatifs pendant le traitement et de traiter la(les) partenaire(s). Conseiller l'adoption des comportements qui diminuent le risque de contracter une IST et/ou une infection à VIH et encourager l'utilisation des préservatifs

PROTOCOLE DE TRAITEMENT DE L'ULCERATION GENITALE

- **SI VESICULES :** Traiter pour Herpès
- **SI ULCERATION :** Traiter en même temps pour Syphilis, Chancre mou et Herpès

HERPES	SYPHILIS	CHANCRE MOU
<p>1- Traitement de la primo-infection Aciclovir 200 mg cp par voie orale, 2 cp matin, 2 cp midi et 2 cp soir - pendant 7 jours</p> <p>2- Traitement des récurrences Aciclovir 200 mg cp par voie orale, 2 cp matin, 2 cp midi et 2 cp soir - pendant 5 jours</p> <p>3- Traitement supprimeur / préventif <i>Pour améliorer la qualité de vie, ce traitement est destiné aux patients présentant fréquemment des épisodes d'herpès génital récurrent, en général au moins tous les 2 mois ou 6 fois par an.</i> Aciclovir 200 mg cp par voie orale, 2 cp matin et 2 cp soir, en traitement continu</p> <p>Remarque : <i>Certains experts recommandent d'interrompre le traitement par l'aciclovir après un an d'utilisation ininterrompue, de façon à pouvoir mesurer la fréquence de récurrence.</i></p> <p>3- Traitement préventif pour les femmes enceintes : <i>Les schémas suivants sont efficaces pour réduire de nombre d'épisodes récurrents et le recours aux césariennes. Le traitement supprimeur requiert l'amorce du traitement à 36 semaines jusqu'au moment de l'accouchement</i> *Aciclovir 200 mg cp par voie orale, 2cp matin, 2cp midi et 2 cp soir - en traitement continu</p>	<p>Traitement en 1^{ère} intention <i>Benzathine pénicilline*** 2,4 millions unité en IM demi dose dans chaque fesse</i></p> <p>Traitement alternatif <i>Doxycycline* 100 mg cp - par voie orale, 1 cp matin et 1 cp soir pendant 14 jours</i></p> <p>*Contre-indiqué chez les enfants et en cas de grossesse</p> <p>- Si femme enceinte et allergique à la pénicilline : <i>érythromycine 500 mg cp par voie orale, 1cp matin – 1 cp midi - 1cp loir – 1 cp avant coucher, pendant 14 jours</i></p>	<p>Traitement en 1^{ère} intention <i>Ciprofloxacine 500 mg cp par voie orale 1 cp matin et 1 cp le soir pendant 3 jours</i></p> <p>Traitement alternatif Azithromycine 500 mg cp par voie orale, 2 cp en une seule prise *Si bubon mobile : Aspirer le bubon en piquant l'aiguille dans une zone de peau saine pour soulager le bubon et prévenir la rupture spontanée. Ne pas inciser ni drainer, cela retardera la guérison.</p>

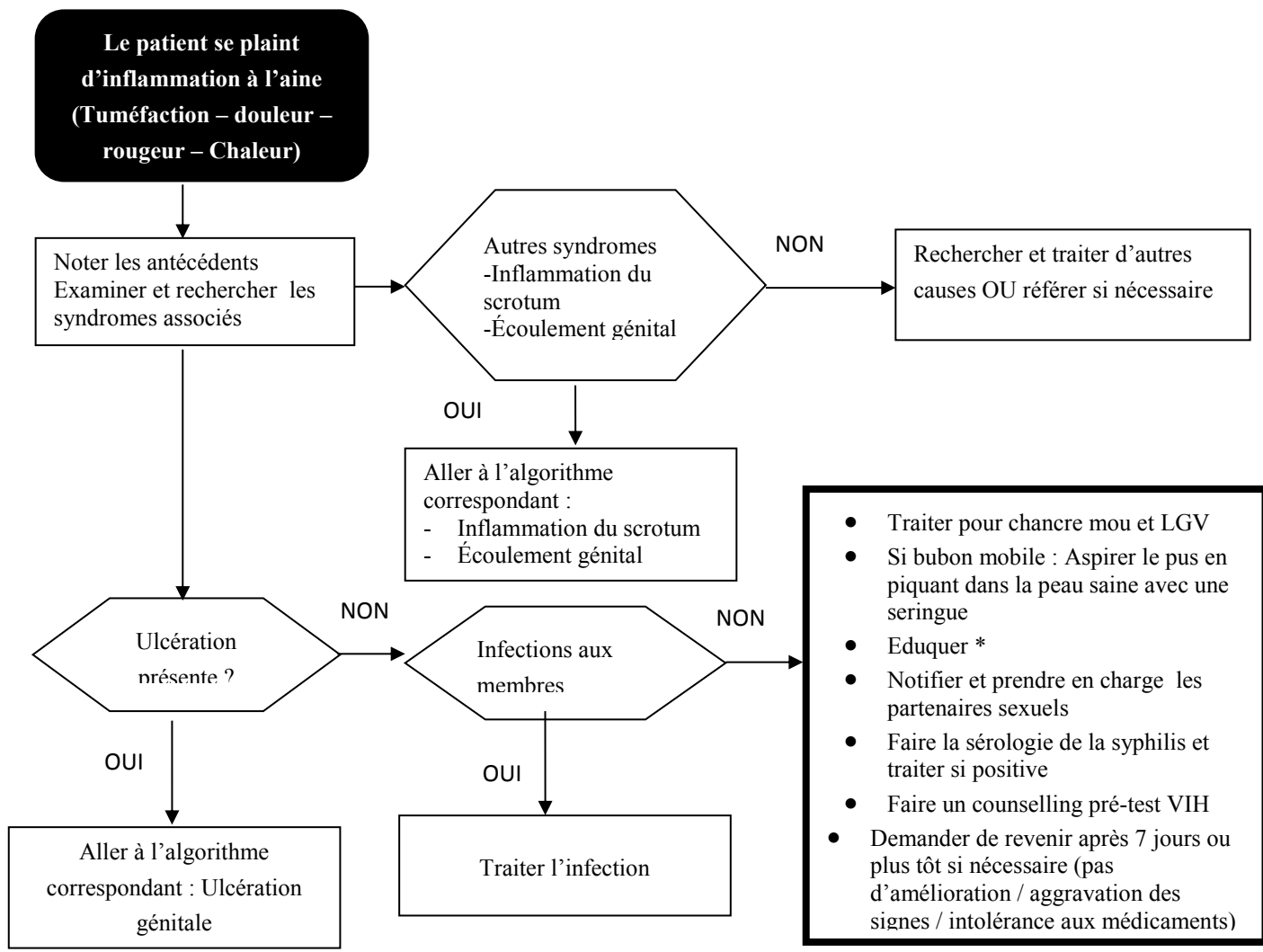
PRECAUTIONS PENDANT LE TRAITEMENT : - Pas de boisson alcoolisée

- Eviter l'exposition au soleil (cycline)
- Abstinence sexuelle ou utilisation de préservatifs
- Notifier les effets indésirables des médicaments

(*) Si possible, pour diminuer l'inconfort : Le diluant privilégié du Benzathine pénicilline est la Lidocaine à 1% sans épinéphrine ((9cc eau distillé+1cc lidocaine)

BUBON INGUINAL

ALGORITHME DU BUBON INGUINAL



*Éduquer sur la nécessité de prendre et terminer les médicaments même s'il y a une amélioration des signes cliniques, d'utiliser des préservatifs pendant le traitement et de traiter la(les) partenaire(s). Conseiller l'adoption des comportements qui diminuent le risque de contracter une IST et/ou une infection à VIH et encourager l'utilisation des préservatifs

PROTOCOLE DE TRAITEMENT DU BUBON INGUINAL

➤ **TRAITER EN MEME TEMPS** : Chancre mou et Lymphogranulome vénérien

CHANCRE MOU	LYMPHOGRANULOME VENERIEN
<p>Traitement en 1^{ère} intention</p> <p><i>*Ciprofloxacin 500 mg cp par voie orale 1 cp matin et 1 cp le soir pendant 3 jours</i></p> <p>Traitement alternatif</p> <p>Azithromycine 500 mg cp par voie orale, 2 cp en une seule prise</p> <p><i>*Si bubon mobile : Aspirer le bubon en piquant l'aiguille dans une zone de peau saine pour soulager le bubon et prévenir la rupture spontanée. Ne pas inciser ni drainer, cela retardera la guérison.</i></p>	<p>Traitement en 1^{ère} intention</p> <p><i>Doxycycline*, 100 mg par voie orale, 1 cp matin – 1 cp soir, pendant 14 jours</i></p> <p><i>*Contre-indiqué chez les enfants et en cas de grossesse</i></p>
<p>Traitement alternatif</p> <p><i>Erythromycine, 500 mg par voie orale, 1cp matin – 1 cp midi - 1cp soir – 1 cp avant coucher, pendant 14 jours</i></p>	

☞ **PRECAUTIONS PENDANT LE TRAITEMENT**

- *Pas de boisson alcoolisée*
- *Eviter l'exposition au soleil (cycline)*
- *Abstinence sexuelle ou utilisation de préservatifs*
- *Notifier les effets indésirables des médicaments*

Annexe G4 : La règle des 5 « C » lors du counseling sur le test de dépistage du VIH

- **Consentement** : Obligatoire ;
- **Confidentialité** : Doit être respectée
Sans divulgation à qui que ce soit sans consentement du client
Ne doit pas favoriser l'auto stigmatisation
Discussions sur les bénéfices du partage avec le partenaire, membre famille, autres prestataires :
comment? Quand ?
- **Counseling** : Doit être effectué ;
- **Correct results (Résultats Corrects)** : Annonce de résultats correcte par le conseiller
Existence du système Assurance Qualité
Retesting avant la mise en route du traitement ARV ;
Re-tester.
- **Connexion** : Mise en réseau et/ou référence avec les services de prévention, traitement et soins

Annexe G5 : Défis liés au VIH / SIDA chez les adolescents et les jeunes

Les défis liés au VIH / SIDA chez les adolescents et les jeunes sont nombreux et on peut citer entre autres les défis ci-après :

- Les connaissances limitées sur la transmission et la prévention du VIH ;
- L'accès limité à l'information et aux services de santé ;
- Le manque de services de santé de qualité adaptés aux adolescents et jeunes ;
- Les problèmes liés à la divulgation de leur propre statut et à d'autres ;
- La famille où l'adolescent devient le chef de famille et doit s'occuper de ses frères et sœurs plus jeunes à cause de la mort ou de la maladie des parents ;
- La stigmatisation et la discrimination ;
- La faiblesse du système de santé ;
- Le manque de données appropriées sur les adolescents et les jeunes vivant avec le VIH ;
- L'absence d'environnement ne soutenant pas les adolescents et jeunes vivant avec le VIH.

Annexe G6 : Divulgation du statut VIH aux adolescents et aux jeunes

C'est un processus qui implique des discussions continues sur la maladie à mesure que l'adolescent devient mature cognitivement, émotionnellement et sexuellement. La divulgation est un processus qui se fait étape par étape et qui doit commencer plus tôt. La divulgation est bénéfique quand elle est faite plus tôt et la non-divulgation ou la tromperie peuvent avoir comme conséquences le déni.

Annexe G7 : Soutien à l'observance et à l'adhésion des adolescents et des jeunes vivant avec le VIH

L'observance se réfère à la capacité du patient à adhérer ou à se consacrer aux soins et traitement antirétroviral. Cela va de la prise de bonne quantité de médicaments, au moment indiqué et selon la façon dont ils ont été prescrits pour suivre un plan de soins, honorer les rendez-vous réguliers, prendre des médicaments à temps, etc ... Les prestataires de services de santé doivent identifier les facteurs qui influent sur l'observance, par exemple : les facteurs liés au service de santé, les facteurs propres à l'adolescent ou au jeune, les économiques, les facteurs communautaires et culturels.

Annexe G8 : Avantages de l'observance chez les adolescents et les jeunes vivant avec le VIH : l'observance est la clé du maintien de la charge virale à un niveau bas, réduit le risque de pharmacorésistance, améliore la santé d'une manière globale, la qualité de vie, la survie du patient et réduit le risque de transmission du VIH.

Inconvénients de la non-observance : une mauvaise observance est la principale cause d'échec thérapeutique. La perte du contrôle virologique peut entraîner l'émergence d'une pharmacorésistance et la perte de futures options de traitement.

Annexe H : NUTRITION DES ADOLESCENTSET JEUNES

Annexe H1 : Les erreurs à éviter pour l'alimentation de l'adolescent

* Sauter un des 4 repas car il est prouvé scientifiquement que moins on fait de repas par jour, plus une prise de poids est envisageable.



* Grignoter entre ces repas car l'alimentation se trouve totalement déséquilibrée. Au bout du compte, on apporte beaucoup plus d'énergie que le corps en demande, ce qui aboutit à une prise de poids.

* Prendre des boissons sucrées (sodas, jus de fruit, thé ou café sucré,...) entre les repas est assimilé à du grignotage.

* Manger quand on s'ennuie.

* Mettre de la mayonnaise, du ketchup et autres sauces.

* Resaler un plat avant de l'avoir goûté.

Annexe H2 : Avoir les bonnes habitudes alimentaires dès l'adolescence

Les mauvaises habitudes peuvent vite s'installer et mener au surpoids. On écarte les sucreries et les grignotages en dehors des repas, on boit de l'eau et on évite les boissons sucrées, on ne mange pas toujours les mêmes choses. On ne saute pas de repas (par exemple le petit-déjeuner ou le goûter) et on fait en sorte de ne pas manger trop souvent à l'extérieur.

De bonnes habitudes alimentaires auront un effet bénéfique non seulement sur le poids, mais aussi la croissance en général, la santé et sur la peau des adolescents, très souvent sujette aux boutons. Un peu de sport, sans excès, aide aussi à entretenir la forme, la concentration et réguler l'appétit

Annexe H3 : Conseils aux adolescents et aux parents



- * Faire 4 repas par jour (petit-déjeuner, déjeuner, goûter et dîner) pour avoir un apport d'énergie régulier et suffisant au cours de la journée.
- * Consommer 4 portions de produits laitiers par jour pour avoir un apport en calcium suffisant d'une part et d'autre part un apport en protéines de bonne qualité, deux composants indispensables à une bonne croissance.
- * A la différence des enfants, consommer 1 portion de viande ou poisson ou œufs au déjeuner et au dîner pour les protéines de bonne qualité et les vitamines, minéraux et oligoéléments – surtout le fer – qu'ils apportent.
- * Essayer de consommer du poisson 2 à 3 fois par semaine notamment ceux gras : saumon, maquereau, anguille, sardines. Ces nutriments et micro nutriments sont nécessaires pour une croissance de qualité et une bonne santé physique et morale.
- * Consommer à chaque repas des féculents, en alternant ceux complets (pain complet, lentilles, pois chiches, céréales complètes, riz complet) et ceux raffinés (baguette classique, pâtes, riz blanc, semoule) essentiellement pour les glucides – carburant de l'organisme – et les vitamines du groupe B – vitamines qui permettent la transformation des nutriments en énergie – qu'ils apportent.
- * Consommer 5 à 6 portions de végétaux (légumes et fruits) crus et cuits par jour pour leur apport en vitamines, minéraux – bon fonctionnement de l'organisme – et en fibres – amélioration du transit et prévention de certaines pathologies .
- * Limiter la consommation de graisses, en limitant celles 'visibles' (beurre, crème, mayonnaise, margarine...) mais surtout en limitant fortement celles 'cachées' (snack, pâtisseries, viennoiseries, charcuteries, biscuits apéritifs, frites, chips...). Ces graisses prises en excès sont à l'origine de prise de poids et de problèmes de santé à l'âge adulte.
- * Privilégier les bonnes graisses (huiles végétales : olive, colza, soja, noix..., poisson gras : saumon, anguille, maquereau, sardine...)

* **Limiter** la consommation de **produits sucrés** (sucre, bonbons, friandises, viennoiseries, pâtisseries, céréales du petit déjeuner chocolatées ou au miel ou fourrées, barres chocolatées) car ils sont responsables d'une prise de poids.

* **Limiter** la consommation de sel de table et de sel caché (qui se trouve dans les charcuteries, les fromages, les frites, les chips, les plats cuisinés du commerce, les eaux minérales gazeuses) car il est néfaste pour le bon fonctionnement du système cardiovasculaire.

* Boire au moins 1,5 litre d'eau par jour et de façon régulière car le corps est composé à plus de 70% d'eau, l'eau étant la seule boisson indispensable.

* Faire au moins 1 fois par jour 30 minutes minimum d'activités physiques et/ou sportives qui remplaceront les moments d'ennui qui sont souvent source de grignotage.

* Les repas au fast-food ou au snack ne sont pas interdits mais à limiter. Une fréquence de 1 à 2 fois par semaine maximale est recommandée car les produits proposés dans ce type de restauration sont très gras et/ou très sucrés et/ou très pauvres en vitamines, minéraux et oligoéléments.

* Une alimentation équilibrée est le meilleur moyen pour :

Avoir de l'énergie tout au cours de la journée

Obtenir les vitamines et minéraux dont tu as besoin

Te maintenir fort pour pratiquer des sports et d'autres activités

Atteindre ta taille maximale, si tu grandis encore

Maintenir un poids qui soit le meilleur pour ton corps

Prévenir de mauvaises habitudes alimentaires

Annexe H4 : Aliments riches en fer pour les adolescents

Les filles sont particulièrement concernées dès qu'elles sont réglées, puisque toute perte de sang occasionne une perte de fer, situé dans les globules rouges. Mais les garçons ont aussi besoin de cet oligoélément, du fait de l'accroissement de leur masse musculaire. Le fer d'origine animale, des viandes, abats et fruits de mer, est nettement mieux assimilable. Si les ados mangent peu de ces aliments, il est judicieux de s'assurer avec le médecin de famille qu'ils ne manquent pas de fer en effectuant une analyse de sang.

L'une des recommandations nutritionnelles les plus importantes pour l'adolescent est d'augmenter l'apport d'aliments riches en fer comme les viandes maigres et le poisson, mais aussi les légumineuses, les légumes verts, les graines oléagineuses ou les céréales complètes, voire enrichies en fer. Le fer d'origine animale (connu sous le nom de fer héminique : **c'est à dire celui contenu dans les viandes**) est mieux absorbé que le fer d'origine végétale (fer non héminique).

Voici une liste des aliments riches en fer pour les adolescents, que vous devriez inclure dans leur régime alimentaire sur une base régulière (3):

- Les légumes verts comme les épinards, le poivron vert, le brocoli tige, la pomme de terre
 - Lentilles, les haricots, le tofu, les haricots de Lima, pois chiches, pois cassés, haricots
 - Viandes comme le bœuf, jambon, foie de poulet, de la dinde
 - Poissons comme le saumon, le thon, le flétan, l'aiglefin, le veau
 - Seafoods comme les huîtres et les palourdes
 - Céréales enrichies avec le fer
 - Citrouille, la courge ou de graines de sésame
 - Germe de blé
 - Fruits secs comme les noix, les pistaches, les pruneaux, les pêches, les raisins secs et abricots secs
- Riz
 - Pâtes, le pain, bagel



Il existe certains aliments qui aident l'adolescent à mieux absorber le fer. La vitamine C (les agrumes) et les protéines animales (la viande et le poisson) améliorent l'absorption du fer non hémérique.

Toutefois, voici quelques conseils qui peuvent aider l'adolescent pour éviter quelques aliments qui peuvent nuire à l'absorption du fer :

- Eviter les boissons comme le thé ou le café, afin qu'elle puisse mieux absorber le fer de son alimentation.
- Eviter tout apport en calcium tout en prenant une alimentation riche en fer.
- Augmenter l'apport en vitamine C de votre adolescent pour stimuler son absorption du fer. Les aliments comme les fraises, les brocolis ou jus d'orange sont riches en vitamine C.

Le calcium

L'adolescence est une période-clé pour constituer le capital osseux. C'est le moment de la plus grande croissance osseuse et de l'édification du squelette. C'est grâce à un apport suffisant en calcium durant l'enfance et l'adolescence que la masse osseuse s'accroît et se consolide. On prévient ainsi les risques d'ostéoporose.

Tout le calcium nécessaire pour la croissance du squelette doit provenir de l'alimentation. Les gains les plus larges sont réalisés au début de l'adolescence, entre 10 et 14 ans chez les filles et entre 12 et 16 ans chez les garçons.

L'achèvement du pic de masse osseuse à l'adolescence est crucial pour se prémunir de l'ostéoporose plus tard dans la vie. L'objectif est atteint en mangeant plusieurs portions de laitages par jour, comme du lait, du yaourt ou du fromage. **Les produits laitiers sont les aliments qui apportent le plus de calcium alimentaire.** On en trouve également dans les fruits, les légumes et dans les céréales en quantité assez faible

Un déficit conjugué de vitamine D et de calcium pourrait limiter l'accroissement de la masse osseuse de l'adolescence. Pour atteindre l'apport conseillé (5 mg par jour), il est souhaitable de consommer 1 à 2 fois par semaine un poisson gras. Le complément se trouve dans les œufs, les fromages, les abats. Il est judicieux d'opter pour un lait enrichi en vitamine D. Lorsqu'un adolescent vit dans une région faiblement ensoleillée, il est possible d'envisager avec le médecin une supplémentation médicamenteuse de vitamine D.

D'autres vitamines et minéraux, tels que la vitamine D et le phosphore, sont essentiels pour la construction d'une bonne santé osseuse. L'activité physique apporte aussi sa pierre à l'édifice, en fournissant le stimulus mécanique pour construire et conserver l'os dans l'organisme. Des sports comme le cyclisme, la gymnastique, le patinage, les jeux de balle, la danse, etc. au moins 30-60 minutes par jour, trois à cinq fois par semaine aident à ériger une masse osseuse solide. Faire les bons choix alimentaires dès le plus jeune âge est un réflexe qui se perpétue toute la vie.

Vitamine B9

Elle est essentielle à la production des nouvelles cellules, la vitamine B9 est importante lors des phases de croissance. Elle se concentre dans les légumes de couleur verte (brocolis, épinards, salades...), les fruits secs oléagineux (amandes, noisettes...), les fromages, les œufs.

LES LIPIDES

Privilégiez les huiles riches en acides gras essentiels et consommer le beurre cru et en petite quantité. Les matières grasses sont souvent responsables de surpoids, il est important de bien les maîtriser. Préférez le poisson, les œufs et les viandes maigres (lapin, volaille, jambon découpé et dégraissé, morceaux maigres des viandes rouges et blanches).

LES GLUCIDES

Les glucides doivent représenter la moitié de la ration alimentaire. Il faut privilégier les glucides complexes qui apportent l'énergie nécessaire tout au long de la journée. Le riz ou pain reste un aliment essentiel de la ration de l'adolescent, et on conseille une portion de féculents par jour.

A chaque repas, légumes verts et fruits doivent être présents et au moins une fois sous forme de crudités.

* Certains éléments minéraux (l'iode, le fer, le fluor, etc.) sont indispensables au bon fonctionnement de l'organisme. À des doses souvent inférieures au milligramme par jour, ce sont des **oligoéléments** dont l'absence provoque des troubles graves.

	Dénomination	Conséquences de la carence	Rôle principal dans l'organisme	Besoins (en mg par 24 h)	Principales sources
Vitamines liposolubles (solubles dans les lipides)	Vitamine A	Baisse de la vision Arrêt de la croissance	Formation du pourpre rétinien Croissance	0,75	Lait, œufs, foie, carotte
	Vitamine D	Rachitisme	Métabolisme du phosphore et du calcium	0,01	Beurre, œufs, foie, poisson gras
	Vitamine E	Troubles de la fonction de reproduction		10 à 25	Huiles d'origine végétale, œufs, lait
	Vitamine K	Hémorragies	Synthèse de la prothrombine	4	Légumes verts, peau d'orange, foie, œufs
Vitamines hydrosolubles (solubles dans l'eau)	Vitamine C	Scorbut	Métabolisme cellulaire	30 à 60	Fruits, crudités
	Vitamine B ₁	Béri-béri	Respiration cellulaire	1,5 à 2	Légumes secs, céréales, viande, lait, œufs
	Vitamine B ₂	Dermatoses Lésions oculaires	Respiration cellulaire	1,5 à 2	Levure, céréales, lait, foie, œufs, viande
	Vitamine B ₁₂	Anémie	Formation des globules rouges	0,001 à 0,002	Abats (foie, rein), Viande
	Vitamine PP	Pellagre	Respiration cellulaire	15 à 20	Légumes secs, viande, abats, poissons

Annexe H5 : L'ALIMENTATION ENTRE 13 ET 19 ANS - QUELS APPORTS NUTRITIONNELS CONSEILLES ?

L'adolescence est la période de la vie où les besoins nutritionnels sont les plus élevés. On peut donc laisser « dévorer » les adolescents, tout en veillant à l'équilibre de leurs repas.

Entre 13 et 19 ans, les besoins nutritionnels sont à leur niveau maximal, liés à une phase de croissance rapide. Durant la puberté, l'organisme acquiert environ 15 % de sa taille définitive (soit un gain de 7 à 9 cm par an) et 50 % de son poids de jeune adulte.

Les filles arrêtent de grandir 3 à 4 ans après leurs premières règles, généralement vers l'âge de 15 ans. Leur composition corporelle continue cependant à évoluer jusqu'à l'âge adulte avec une augmentation physiologique de la masse grasse.

Les garçons, quant à eux, connaissent un pic de croissance plus tardif, vers 13 ans et demi, mais grandissent et acquièrent des muscles jusqu'à l'âge de 19 ans.

Le besoin énergétique

L'apport énergétique conseillé dépend du stade de la croissance, de facteurs génétiques, et du niveau d'activité physique. Il varie entre 2 100 et 2 900 kcal par jour chez les filles, et 2 400 et 3 500 kcal chez les garçons.

À titre indicatif, voici les apports de besoins énergétiques conseillés pour un niveau d'activité moyen (*) :

- Filles de 13 à 19 ans : 2 400 kcal
- Garçons de 14 ans : 2 700 kcal
- Garçons de 17 ans : 3 000 kcal

LES REPAS : Un menu à titre indicatif

***Le petit-déjeuner**

Le petit-déjeuner est parfois négligé par les adolescents, or c'est un repas très important car il permet de débiter la journée dans de bonnes conditions.

Il faut qu'il soit suffisamment consistant pour amener l'énergie nécessaire et permettre ainsi d'être efficace toute la matinée, éviter fatigue, déconcentration, grignotages...

On conseille :

- 1 produit laitier (lait, yaourt nature, fromage blanc, fromage affiné...)
- 1 ou plusieurs produits céréaliers (riz, pain, biscottes, céréales,)
- ajouté beurre et / ou confiture
- 1 fruit ou un jus de fruit **sans sucre**
- éventuellement un apport protéique : œuf, jambon...

***Le déjeuner :**

- Hors d'œuvre
- Viande ou poisson ou œufs (100 g)
- Légumes verts
- Produit laitier 1 fruit
- Pain ou aliment de base (riz...)

***Collation pour l'après-midi :**

- 1 crudité
- 1 produit laitier
- 1 produit céréalier

***Le dîner :**

- Crudités
- Eventuellement : 1 tranche de jambon cuit ou un œuf ou une petite portion de viande ou de poisson (50 g)
- Féculents
- Produit laitier
- 1 fruit ou équivalent
- Pain ou riz